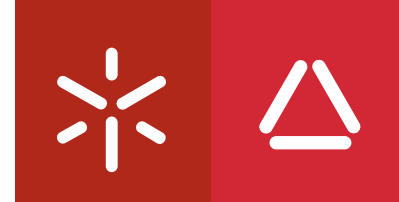




**A avaliação da capacidade para o trabalho em elementos policiais
Um estudo de caso no Comando da Polícia de Segurança Pública de Braga**

Maria dos Anjos Gabriel Pereira

UMinho | 2009

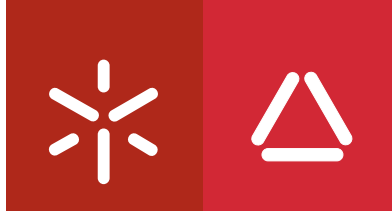


Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Maria dos Anjos Gabriel Pereira

**A avaliação da capacidade para o trabalho
em elementos policiais
Um estudo de caso no Comando da Polícia
de Segurança Pública de Braga**

Março de 2009



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Maria dos Anjos Gabriel Pereira

**A avaliação da capacidade para o trabalho
em elementos policiais
Um estudo de caso no Comando da Polícia
de Segurança Pública de Braga**

Mestrado em Sociologia
Área de Especialização em Sociologia da Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação do
Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva

Março de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Dr. Carlos Fernandes pela sua prontidão pela orientação deste trabalho, cheio de avanços e retrocesso no seu percurso.

O meu muito obrigado à Professora Dr^a Engrácia Leandro pela disponibilidade apresentada, pelas valiosas instruções e sugestões, decisivas para a desfecho deste trabalho, assim como não posso esquecer os sucessivos apelos de encorajamento para que não deixasse o mestrado pela componente teórica.

À D^a Alexandra, pela sua boa disposição e disponibilidade.

Um reconhecido agradecimento a todos os polícias que participaram neste estudo.

Gostaria de agradecer ainda à Cristina e à Alexandrina, colegas do mestrado e amigas pelo estímulo que me iam dando, neste percurso solitário.

Por último gostaria de agradecer aos que me são próximos, pedindo-lhes desculpa pelas “ausências”, mesmo que fisicamente presente.

RESUMO

O presente estudo foi efectuado com o objectivo de avaliar os efeitos das condições de trabalho na saúde, em particular os efeitos do trabalho por turnos e a sua interferência na capacidade para o trabalho. Pretendeu-se estudar a capacidade laboral e a situação de saúde, mediante a determinação do ICT e do perfil de saúde dos trabalhadores, relacionar o ICT dos trabalhadores com o seu perfil de saúde e analisar o impacto do trabalho por turnos na saúde e na capacidade laboral.

Participaram neste estudo 327 polícias em serviço no Comando da Polícia de Segurança Pública de Braga.

A metodologia utilizada centrou-se na aplicação do questionário do ICT e do questionário DUKE – PERFIL DE SAÚDE, ambos adaptados para a população portuguesa. A análise dos dados foi feita no SPSS, versão 15.

Os resultados revelaram que os inquiridos apresentam uma situação de saúde com um “score de saúde geral” com ($M=72,8$; $DP=15,44$).

Quanto ao ICT, constatou-se que 42,5% dos inquiridos apresentam “Boa capacidade para o trabalho”, 29,4% “Moderada capacidade”, 19%, “Excelente capacidade” e 9,2% tem uma “pobre capacidade” para o trabalho. Estes resultados apresentam valores abaixo, dos tidos como padrão para a população portuguesa, o que significa que estes trabalhadores devem ser avaliados com outros instrumentos e acompanhados.

De entre as variáveis estabelecidas pelo DUKE – PERFIL DE SAÚDE, a correlação de Pearsons revelou a existência de uma correlação altamente significativa ($p=.000$) entre as variáveis consideradas, com excepção da “auto-estima” e o ICT, pelo que quanto melhor for a qualidade da saúde física, mental e social, melhor será a condição da capacidade para o trabalho.

Não se provou que o trabalho nocturno interfira negativamente no ICT, pois para todos os grupos etários considerados, os valores do ICT dos sujeitos que trabalham por turnos nocturnos, não se distinguem dos que trabalham durante o dia.

Provou-se que o ICT diminui com o aumento do tempo de serviço em regime de turnos com turno nocturno.

Palavras – Chave: Índice de Capacidade para o Trabalho, trabalho por turnos, saúde.

ABSTRAT

The purpose of this Study was to evaluate the Health's effects of shift working on labour conditions, especially its effects in labour capacity.

Perceiving the link between labour capacity and health conditions, by determining the WAI (Work Ability Index) and the workers' health profile, pointing out the shift work effects on health and labour capacity.

The survey was made with a group of 327 police officers of the Comando da Polícia de Segurança Pública de Braga (Braga Central Police Station).

The methology followed was the Inquiry, using 2 instruments: WAI Inquiry and the DUKE Inquiry – Health Profile, both of them gauged to the Portuguese population. The data was analyzed by the SPSS, statistics computer program, version 15.

The results showed that the people inquired present a “General Health Score” of $M=72,8$; $DP= 15,44$.

In what concerns the WAI results, the analysis shows that 42,5% has “Good Capacity” to work, 29,4% “Moderate Capacity”, 19% “Excellent Capacity” and only 9,2% are classified as having “Weak Capacity” to work.

These are low rate results in comparison to the standard values for the Portuguese population. Meaning, the inquired population should be measured with other measurement instruments and surveillance.

The defined variables by DUKE – Health Profile, Pearsons' correlation, has shown a highly significant correlation ($p=.000$) between the studied variables. The exception is on the “self-esteem” and WAI items. Thus, it can be concluded that the better the physical, mental and social health conditions the better the labour capacity to work will be.

It was not possible to determine that night shift work affects negatively WAI. In the studied groups of all ages, the values of the WAI of the people making night-shift work are similar to the ones that work on a day shift basis.

On the other hand it was proved that the WAI values of the people working on night shifts decreases as working years increase.

Key Words: Work Ability Index, Working Shifts, Health

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos -----	iii
Resumo -----	iv
Abstrat -----	v
Índice Geral -----	vi
Índice de tabelas, gráficos e figuras -----	viii
Lista de Abreviaturas -----	x
INTRODUÇÃO -----	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLÓGICO -	3
1.1 – Pertinência do estudo -----	3
1.2 – Objectivos da Investigação -----	4
1.3 – Construção do objecto e Definição da Problemática -----	5
1.3.1. – Enquadramento teórico -----	5
1.3.2 – Definição dos conceitos fundamentais -----	14
a) – O trabalho como conceito -----	14
b) – O Trabalho por turnos e nocturno -----	27
c) – A noção de saúde -----	30
d) – Saúde e trabalho -----	37
e) – Saúde e trabalho por turnos e nocturno -----	43
f) – Conceito de capacidade para o trabalho -----	47
1.4. – Hipóteses de trabalho -----	53
CAPÍTULO II – METODOLOGIA E CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO -	54
2.1. – Caracterização do estudo -----	55
2.1.1. – Questionário do índice de Capacidade para o Trabalho -----	55
2.1.2. – Questionário DUKE – Perfil de saúde -----	58
2.2 – Caracterização do Universo de pesquisa e definição da amostra -----	61
2.2.1. – Da polícia – conceito e funções -----	61
2.2.2. – A Polícia de Segurança Pública -----	65
a) – Contextualização histórica da PSP -----	65
b) – Natureza, atribuições e estrutura -----	67
c) – Caracterização das funções das diferentes categorias dos polícias ----	69

2.2.3. – O Universo de pesquisa -----	70
a) – Horários de serviço -----	72
2.2.4. – A Amostra -----	73
CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS -----	78
3.1 – Perfil de saúde da Amostra -----	78
3.2 – O Índice da capacidade para o Trabalho da Amostra -----	85
3.2.1 – Variáveis com maior incidência no resultado do ICT -----	87
3.2.2 – Variáveis que discriminam significativamente os sujeitos da Amostra	90
3.3 – O Trabalho por turnos -----	102
3.3.1– Trabalho por turnos e o ICT-----	102
3.3.2 – Trabalho por turnos e situação de saúde -----	103
3.4 – Regime de trabalho e tempo de serviço -----	109
CONCLUSÃO -----	114
BIBLIOGRAFIA -----	117
ANEXOS:	
Anexo I - Questionário	
Anexo II – Distribuição do efectivo do Comando De Polícia de Braga por serviços	
Anexo III – Organograma do Comando de Polícia de Braga	

ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra por género -----	74
Tabela 2 – Distribuição da amostra por estado civil-----	75
Tabela 3 – Distribuição da amostra por habilitações académicas -----	75
Tabela 4 – Distribuição da amostra por categoria profissional -----	76
Tabela 5 – Distribuição da amostra por regime de trabalho -----	77
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo ICT -----	86
Tabela 7 – Correlações entre idade, ICT e saúde -----	88
Tabela 8 – Testes multivariados -----	90
Tabela 9 –Manova com grupo etário (teste dos efeitos entre os sujeitos)-----	91
Tabela 10 – Comparações Par a par para o ICT -----	91
Tabela 11 – Média do ICT por grupo etário -----	92
Tabela 12 – Comparações Par a par para Saúde Física-----	93
Tabela 13 – Média de Saúde Física por grupo etário -----	93
Tabela 14 – Comparações Par a par para Saúde Mental -----	94
Tabela 15 – Média de Saúde Mental por grupo etário -----	94
Tabela 16 – Comparações Par a par para Saúde Social -----	95
Tabela 17 – Média de Saúde Social por grupo etário -----	95
Tabela 18 – Comparações Par a par para Saúde Geral-----	96
Tabela 19 – Média de Saúde Geral por grupo etário -----	96
Tabela 20 – Comparação Par a par para Saúde Percebida-----	97
Tabela 21 – Média de Saúde Percebida por grupo etário -----	97
Tabela 22 – Comparações Par a par para Ansiedade -----	98
Tabela 23 – Média de Ansiedade por grupo etário -----	98
Tabela 24 – Comparações Par a par para Depressão-----	99
Tabela 25 – Média de Depressão por grupo etário -----	99
Tabela 26 – Comparações Par a par para Dor -----	100
Tabela 27 – Média de Dor grupo etário -----	100
Tabela 28 – Comparação Par a par para Incapacidade -----	101
Tabela 29 – Média de Incapacidade por grupo etário -----	101
Tabela 30 – ICT e tempo de trabalho nocturno -----	109
Tabela 31 – Saúde Física e tempo de trabalho nocturno -----	110

Tabela 32 – Saúde Mental e tempo de trabalho nocturno -----	110
Tabela 33 – Saúde Social e tempo de trabalho nocturno -----	111
Tabela 34 – Saúde Geral e tempo de trabalho nocturno -----	112
Tabela 35 – Saúde Percebida e tempo de trabalho nocturno -----	112
Tabela 36 – Ansiedade e tempo de trabalho nocturno -----	112
Tabela 37 – Depressão tempo de trabalho nocturno -----	112
Tabela 38 – Dor e tempo de trabalho nocturno -----	113
Tabela 39 – Incapacidade e tempo de trabalho nocturno -----	113

Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por faixa etária -----	74
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por tempo de serviço -----	76
Gráfico 3 – Distribuição da amostra por tipo de serviço efectuado -----	77
Gráfico 4 – Distribuição da amostra por tempo de trabalho nocturno -----	78
Gráfico 5 – Valores do “score” de Saúde Física-----	79
Gráfico 6 – Valores do “score” de Saúde Mental -----	79
Gráfico 7 – Valores do “score” de Saúde Social -----	80
Gráfico 8 – Valores do “score” de Saúde Geral -----	81
Gráfico 9 – Valores do “score” de Saúde Percebida -----	81
Gráfico 10 – Valores do “score” de Auto estima -----	82
Gráfico 11 – Valores do “score” de Ansiedade -----	83
Gráfico 12 – Valores do “score” de Depressão -----	83
Gráfico 13 – Valores do “score” de Dor -----	84
Gráfico 14 – Valores do “score” de Incapacidade -----	84
Gráfico 15 – Categoria do ICT -----	85
Gráfico 16 – Regime de trabalho ICT e grupo etário -----	102
Gráfico 17 – Regime de trabalho Saúde Física e grupo etário -----	103
Gráfico 18 – Regime de trabalho Saúde Mental e grupo etário -----	104
Gráfico 19 – Regime de trabalho Saúde Social e grupo etário -----	104
Gráfico 20 – Regime de trabalho Saúde Geral e grupo etário -----	105
Gráfico 21 – Regime de trabalho Saúde Percebida e grupo etário -----	106
Gráfico 22 – Regime de trabalho Ansiedade e grupo etário -----	106

Gráfico 23 – Regime de trabalho Depressão e grupo etário -----	107
Gráfico 24 – Regime de trabalho Incapacidade e grupo etário -----	107

Figuras

Figura 1 - Dimensões da capacidade de trabalho -----	3
Figura 2 -Modelo Conceptual das Consequências do Trabalho por Turnos -----	46
Figura 3 – Esquema dos efeitos da promoção da capacidade para o trabalho -----	52

LISTA DE ABREVIATURAS

ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho

PSP – Polícia de Segurança Pública

DL – Decreto-Lei

Nº - Número

CRP – Constituição da República Portuguesa

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas vimos assistindo a um aumento gradual da população idosa, tendo Portugal envelhecido a um ritmo superior ao dos outros países europeus, facto que se traduz numa orientação para a alteração da pirâmide geográfica. A este respeito, Ilmarinen¹ (1999) refere que a estrutura de idades em 1995 entre os Países da União Europeia (UE) registava a faixa mais larga entre os 25 e os 34 anos. No prognóstico para 2005, os valores mais elevados surgiam na faixa dos 35 a 44 anos. Para 2015 anuncia que os valores ascendam para 45 a 55 anos.

Com estas tendências estamos a caminhar para um envelhecimento cada vez mais acentuado da força trabalhadora. Por outro lado, o aumento da esperança de vida induz a que haja uma necessidade crescente de participação da população envelhecida na vida laboral, o que certamente passará por um aumento da idade de reforma.

Este prolongamento da vida activa será certamente marcado por uma diversidade das idades no trabalho, traduzindo-se tal circunstância, em dificuldades de adaptação das condições de trabalho às características individuais, em especial dos mais velhos (Pereira, 2006:16).

Também é sabido que o estado de saúde de um indivíduo se revela muito dependente face à sua vida profissional, encontrando-se o trabalho imbricado em relação à vida e à saúde das pessoas, numa relação dialéctica, na medida em que ao mesmo tempo que oprime pode libertar; é produtor de saúde e de doença e pode apresentar-se como fonte de prazer e de angústia.

Sabe-se também que os factores que enfraquecem a capacidade para o trabalho acumulam-se a partir da meia-idade, muito embora se comecem a sentir, por norma a partir dos 45 anos mas também se sabe que, o investimento na manutenção da capacidade para o trabalho revela resultados em poucos anos, pelo que, a capacidade funcional aperfeiçoada, manter-se-á para além da idade activa, contribuindo para que os indivíduos mantenham uma qualidade de vida boa após a reforma, o que vai favorecer a sociedade, traduzindo-se este benefício numa redução dos custos com a saúde (Silva et al., 2001).

Neste contexto torna-se imperioso operacionalizar o lema proposto pela Sociedade Gerontológica dos Estados Unidos em 1945 “acrescentar vida aos anos e não apenas anos à vida “ (Pereira, 2006).

Considerando o interesse particular pela instituição policial: Polícia de Segurança Pública, composta por homens e mulheres da sociedade como um todo e tendo em conta os

¹ Ilmarinen (1999) baseando-se em dados disponibilizados pela Eurostat 1998, Ilmarinen (1999), fez um prognóstico relativamente a vários aspectos ligados com a população trabalhadora da União Europeia (composta na altura por 15 países) em 1995, 2005 e 2015.

constrangimentos decorrentes da própria actividade policial que podem influir num envelhecimento funcional precoce, propomo-nos desenvolver um trabalho centrado nestas questões, tidas como pertinentes e actuais.

Tendo presente que os aspectos apresentados que envolvem a temáticos são muito vastos propomos centrar-nos em algumas particularidades relacionadas com a capacidade para o trabalho e a saúde.

O presente trabalho foi concluído em Março de 2009. Muito embora tenha existido um a grande dilatação do tempo que medeia a conclusão deste estudo e a aplicação dos questionários, consideramos que, o interesse deste trabalho é ainda real, considerando que no presente momento apenas um pequeno número de sujeitos do universo de pesquisa já foi afastado do mesmo por ter passado à situação de aposentação. Por outro lado, até à presente data não são conhecidos trabalho que relacionem a instituição com o nosso objecto de estudo.

O presente trabalho é composto por três capítulos

No capítulo I faz-se o enquadramento teórico e metodológico, apresentando a pertinência do estudo e objectivos de investigação, seguindo-se a revisão da literatura, a a definição dos conceitos e apresentação das hipóteses.

No capítulo II faz-se a caracterização do estudo, define-se a forma de recolha de dos dados, descrevem-se os instrumentos de pesquisa, faz-se a caracterização do universo e da amostra. No Capítulo III apresentamos a análise e discussão dos resultados obtidos.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO E METODOLÓGICO

1.1 Pertinência do estudo

A Polícia de Segurança Pública, doravante designada por PSP, como instituição encarregue da segurança e ordem pública também não fica alheia ao fenómeno que vem sendo referido, destacando-se que para o bom funcionamento da “máquina policial”, torna-se imperativo, que todos os profissionais mantenham um determinado nível de aptidão física e psicológica, apesar de diariamente no decurso da sua actividade diária se encontrem sujeitos a um grande desgaste nestes domínios, decorrentes dos vários constrangimentos próprios do serviço policial, nos quais se destaca a prestação de trabalho em regime de turnos.

Fruto dos constrangimentos que vêm sendo aludidos esta instituição tem também assistido a um aumento progressivo da média etária dos seus funcionários policiais e consequentemente do aumento médio de antiguidade.

Por outro lado, como resultado das recentes alterações no regime de aposentações no seio da PSP, traduzidas no aumento da idade da aposentação para os 60 anos, a curto prazo vais certamente sentir-se um aumento significativo dos polícias nos escalões etários superiores a 50 anos.

A Recomendação do Conselho da União europeia de 14 de Outubro de 2004, relativa às políticas de emprego dos Estados Membros estatui como recomendação e prioridade imediata para Portugal “desenvolver uma estratégia global de envelhecimento activo que elimine os incentivos à reforma antecipada, reforce o acesso à formação e proporcione condições de trabalho adequadas”.

Nesta esteira assume relevância o estudo capacidade de trabalho e dos factores que interferem na sua degradação, para que possa ser feita uma intervenção neste domínio tendente a combater o envelhecimento funcional precoce.

O interesse em desenvolver o presente estudo numa força policial prende-se com o facto de termos uma grande proximidade e interesse por este meio.

1.2 Objectivos da investigação

Com a análise da capacidade de trabalho, através da determinação do Índice de Capacidade Laboral também apelidado de Índice de Capacidade para o Trabalho, doravante designado de ICT e da saúde, pretende-se conhecer antecipadamente as potenciais limitações do trabalhador, visado a tomada de medidas necessárias à preservação da capacidade funcional, da saúde e do bem-estar dos indivíduos e desta forma dar “vida aos anos”.

O presente estudo tem como objectivo crucial avaliar os efeitos das condições de trabalho na saúde, em particular os efeitos do trabalho por turnos e a sua interferência na capacidade laboral, também apelidada de capacidade para o trabalho.

Como objectivos específicos pretendemos:

- a) Estudar a capacidade laboral e a situação de saúde, mediante a determinação do ICT e do perfil de saúde dos trabalhadores
- b) Relacionar o ICT dos trabalhadores com o seu perfil de saúde.
- c) Analisar o impacto do trabalho por turnos na saúde e na capacidade laboral.

Perante o que nos propomos estudar, surge-nos desde logo um problema que é, por onde deveremos começar o trabalho. Seguindo o sugerido por Raymond Quivy (2003: 31-45) apresentamos como ponto de partida um conjunto de questões, que nos parece conseguir expressar o que procuramos saber:

- a) Qual será a percepção dos polícias do Comando de Polícia da PSP de Braga sobre a sua capacidade para o trabalho?
- b) Será que há relação entre a sua situação de saúde e a capacidade para o trabalho?
- c) Será que o desempenho do trabalho por turnos se repercute negativamente na capacidade para o trabalho e na saúde dos polícias do Comando de Polícia da PSP de Braga?

Ao longo do presente estudo que será de natureza exploratória, procuraremos dar resposta a esta questão.

1.3 Construção do objecto e definição da problemática

1.3.1 Enquadramento teórico

Refere Raymond Quivy (2003:101) que “*conceber uma problemática é igualmente explicar o quadro conceptual da investigação, quer dizer, descrever o quadro teórico em que se inscreve a metodologia pessoal do investigador, precisar os conceitos fundamentais e as relações que eles têm entre si...*”. Nesta esteira, procuraremos apresentar o quadro teórico da nossa investigação, precisando os conceitos que em nosso entender são tidos como fundamentais, relacionando-os entre si.

Ao debruçarmo-nos sobre esta temática e tão-somente sobre a noção de trabalho, surgem desde logo vários focos de observação ligados ao referido fenómeno, desde o indivíduo trabalhador, passando pela tecnologia, empresa, ocupações profissionais, movimentos sociais a ele ligados, etc. Por outro lado à sua vertente utilitária podem também ser associados aspectos simbólicos a par dos jogos sociais com ele relacionados.

A noção de trabalho, tal como é referido por vários autores (Freire, 1997, 2001; Meda, 1999; Grint, 1998; Malicet, 1997, entre outros), é um conceito complexo, polissémico, devido à variedade de formas que assume, à diversidade de entendimentos que suscita, pela maneira como se apresenta aos agentes consoante a localização destes na estrutura social, pelas evoluções que tem sofrido ao longo do tempo, variando de sociedade para sociedade e de lugar para lugar.

Do descrito, podemos dizer, tal como expõe João Freire (1997: 12), que o trabalho bem pode afigurar-se-nos como algo de abstracto, fugidio e insólito que, não obstante, é impossível deixar de contemplar, atinente à sua permanência e magnitude da sua presença e da sua função na vida dos indivíduos e no funcionamento das sociedades. Este autor refere mesmo que “imaginar um mundo sem trabalho soa a algo de absurdo e, no fundo mais difícil de conceber racionalmente, do que enfrentar os perigos – reais – de o tentar cingir num ensaio de definição”.

Para Pierre Rolle, citado por Freire (2001: 14) “o trabalho representa simultaneamente uma realidade incontestável para o indivíduo que lhe está sujeito, e uma noção confusa (que) só se precisa no interior dum conjunto de relações (...)”.

Dominique Schnapper (1998: 65) considera que a definição de trabalho é “uma definição social, própria da nossa sociedade e do nosso tempo. É necessário ter em conta o mundo em que vivemos”.

Nesta esteira, podemos encontrar entendimentos sobre o que é o trabalho, inserindo-o nas

relações entre o Homem e a natureza, destacando neste domínio Marx e Georges Friedmann. Para Marx (1990: 205), “o trabalho é, antes de mais nada, um acto que se passa entre o homem e a natureza...”, mediante o qual, aquele “transforma matérias dando-lhes uma forma útil para a sua vida. Ao mesmo tempo que actua sobre a natureza exterior e a modifica, ele modifica a sua própria natureza e desenvolve as faculdades que nela dormitam.” Refere ainda este autor que o trabalho reveste-se de determinadas características que fazem dele algo próprio do homem, visto tratar-se de uma prática consciente, reflectida e voluntária, que este efectua pela mediação de ferramentas e máquinas, o que facilita e aumenta o seu poder de acção sobre a natureza, contrariamente às actividades instintivas dos animais, pois, “o animal só se produz a si mesmo, enquanto que o homem reproduz toda a natureza.”

O termo trabalho é muitas vezes usado como sinónimo de emprego ou de profissão. A definição de profissão, tal como o conceito de trabalho, também está em constante evolução. Recorrendo à definição de Wilensky (1964), citado por Rodrigues (1997: 20), podemos definir profissão “como uma ocupação que exerce autoridade e jurisdição exclusiva simultaneamente sobre uma área de actividade e de formação ou conhecimento, tendo convencido o público de que os seus serviços são os únicos aceitáveis. Os critérios de distinção são: o trabalho técnico baseado no conhecimento sistemático ou em doutrina e a adesão às normas do profissionalismo.

É reconhecido que o trabalho desempenha um papel importante nas nossas vidas, pois, é por via dele que obtemos recompensas materiais, ao recebermos uma remuneração pelos serviços prestados; sociais, pelos contactos decorrentes de necessidades do trabalho; prestígio, ligado com o estatuto social associado às funções desempenhadas; valorização pessoal, ao mesmo tempo que é fonte de auto-estima, identidade e de realização pessoal.

O sentimento que os indivíduos têm relativamente à importância que o trabalho representa nas suas vidas, comumente representado pelo conceito de centralidade do trabalho, apresenta-se, como um produto da socialização, na medida em que os indivíduos aprendem a valorizar o trabalho a partir da sua cultura, dos seus familiares e dos seus amigos. Daí que, o trabalho tenha apresentado e irá certamente continuar a apresentar significados pessoais e sociais variados. A relação do indivíduo com o trabalho apresenta-se como o eixo principal da relação dos indivíduos com a ordem social (Freire et al., 2000: 47,48; Ferro, 1999: 80).

Esta centralidade que o trabalho desempenha na construção da identidade do indivíduo pode apresentar-se como um operador/ gerador de saúde ajudando, inclusive, os sujeitos contra situações de descompensação, ou pelo contrário, como ser um constrangimento patogénico. Em muitas situações, as condições em que se realiza o trabalho, fragilizam os trabalhadores, chegando inclusive ao ponto de os marginalizar e até de os excluir do mercado de trabalho.

É neste processo de inserção ou exclusão que a saúde aparece ligada ao processo de trabalho numa relação complexa, na medida em que ele tanto pode contribuir para a sua degradação como ter um papel positivo e contribuir para a sua construção (Cristophe Dejours & Pascale Molinie, 1994: 40-42; Guérin, 1998: 178-179; Dejours, 1985; Giatti, 2003).

Felismina Mendes (1996: 174) refere que “o trabalho é valorizado como uma actividade indispensável, associada de forma inequívoca à saúde e que é vivida positivamente, apesar das agressões de que um indivíduo é alvo. Na ligação trabalho/saúde este, apresenta-se como um factor de saúde física, moral e social, representando muitas vezes, a própria saúde”.

Corroborando esta ideia Dejours (1998: 132; 1992: 13) considera que, o trabalho é susceptível de proporcionar ao organismo humano “uma resistência maior contra a fadiga e a doença, contra os tóxicos industriais, os vírus e as condições climatéricas”, (...) “o trabalho nem sempre aparece como uma fonte de doença e de infelicidade; ao contrário, ele é às vezes operador de saúde e de prazer. (...) O trabalho nunca é neutro em relação à saúde e favorece, seja a doença, seja a saúde”.

Por seu lado, M.E Leandro, et al. (2006: 187) alegam que “a doença não é apenas uma experiência física, ou uma experiência psicológica, é também uma experiência social. (...) O corpo doente não está fechado, escondido, limitado pela pele. É antes um corpo aberto ao social e ao mundo. (...) Igualmente o nosso ambiente físico, tal como a paisagem urbana ou rural, o local e as condições de trabalho.

Hodiernamente, a saúde é considerada um bem supremo, “é concebida como um elemento indispensável de felicidade e de sentido para a existência e não deixa de alimentar sonhos de imortalidade, cujo corolário seria uma perfeita saúde numa vida que não tivesse ocaço” (Leandro, 2001: 75). A este propósito Claudine Herzlich (1986: 353) refere que “aspectos cada vez mais amplos da existência individual e da vida colectiva são hoje expressos, avaliados e regulados em termos de saúde. A saúde está em tudo e tudo se encontra na saúde. Falar de saúde representa hoje, para nós, uma das melhores maneiras de nomear e de reclamar a felicidade”.

Na sociedade actual, tal como refere Hezlich (1986) “a doença não faz do indivíduo um doente”², mas sim a actividade ou inactividade, isto é a sua capacidade para o desempenho da sua actividade profissional. É perante a afinidade entre o doente e a inactividade que se define a doença e a sua relação com a sociedade, a qual pode ir desde a conformidade ao desvio e exclusão (Mendes, 1996: 176-177). Refere Marc Ferro (1999: 80) que a relação do ser humano com o trabalho “constitui o eixo principal da relação dos indivíduos com a ordem social”.

O estado de saúde de um indivíduo revela-se muito dependente face à sua vida profissional. O trabalho apresenta-se imbricado em relação à vida e à saúde das pessoas, numa relação dialéctica,

² Em algumas situações de doença, esta assume-se como uma forma de vida, com é por exemplo, o caso dos diabéticos.

na medida em que ao mesmo tempo que oprime pode libertar; é produtor de saúde e de doença e pode apresentar-se como fonte de prazer e de angústia.

A saúde e a doença encontram-se ligadas com um amplo conjunto de agentes de risco, diferentemente distribuídos na sociedade, abarcando desde o grau de segurança económico e os comportamentos até ao ambiente em que as pessoas vivem e trabalham.

Verificamos assim que, no âmbito do trabalho, a saúde dos trabalhadores é afectada de forma diferente. De entre os inúmeros factores que concorrem para tal diferenciação, destacam-se: a natureza das tarefas desenvolvidas, o grau de satisfação do trabalhador com o trabalho, a autonomia e o grau de participação do trabalhador face à execução das tarefas, o ambiente de trabalho, o ritmo e intensidade do mesmo, a própria organização do trabalho, nomeadamente o trabalho por turnos e nocturno, entre outros.

Deste modo, tal como refere Marcel Drulhe (2002: 233-254), a doença ou mal-estar no trabalho não é somente desencadeada pela agressão de agentes patogénicos, devendo ser considerado que a “susceptibilidade” ou “vulnerabilidade” do trabalhador à mesma está associada ao stress a que este se encontra submetido. Assim, a exteriorização da doença desencadeada por aspectos relacionados com o trabalho, atrás indicados, vai apresentar-se em certa medida individualizada, dependendo da capacidade do trabalhador fazer face aos agentes stressores do próprio trabalho aliados aos acontecimentos de vida particularmente stressantes. A doença ligada ao trabalho fica assim, até certo ponto, dependente do modo como o trabalhador negocia as “ameaças” à sua saúde³ ao ponto de em certas situações as conseguir evitar.

Helder Machado (2003) diz que a inadaptação do trabalhador a situações de stress ligado ao ambiente de trabalho, conduz com frequência, a perturbações do equilíbrio do funcionamento de órgãos e sistema e ao estado de alostase⁴. Neste estado, rompe-se o equilíbrio e prolonga-se a estimulação neuro hormonal para além do desejável. Os estímulos conducentes a tal situação podem ser de índole psicológica, ambiental ou fisiológica a partir dos quais, podem ser desencadeados pensamentos e emoções que influenciam vários órgãos e sistemas, sendo os mais estudados o aparelho circulatório, sistema imune, memória, sistema hormonal incluindo as gónadas, tecido ósseo e Sistema Nervoso Central. Uma situação de stress a persistir e ao não ser neutralizada a fonte de alarme, pode levar a patologias diversas, responsáveis por pesada mortalidade e morbilidade”. Citando McEwen (1998), Helder Machado (2003: 298) refere que “o stress é uma queixa cada vez mais presente na sociedade... nasce a partir de conflitos não

³ Os órgãos dos sentidos e o sistema nervoso central estabelecem a ligação entre o ambiente e o indivíduo. O cérebro, mais concretamente a amígdala, detém a capacidade de identificar perigos que suscitam sentimentos e emoções com características particulares, sensibilizando-se para o stress ou recorrendo a estratégias inteligentes para o contornar. Se, não existir percepção intelectual ou sensorial suficiente para o estímulo ou se houver capacidade para o anular, o stress não chega a ter lugar (Machado, 2003: 299).

⁴ Helder Machado (2003: 298) define alostase como “uma perturbação do equilíbrio do funcionamento de órgãos e sistemas em contraposição ao estado de homeostase”.

resolvidos. O espectro de doentes atingidos atravessa todas as camadas sociais...”.

O desempenho de trabalho em regime de turnos, incluindo jornadas nocturnas é um dos factores que contribui largamente para o stress profissional. Esta modalidade de organização do trabalho influencia de forma significativa a tolerância ao trabalho por turnos e nocturno, levando os trabalhadores a terem piores desempenhos nas suas tarefas, a par de ficarem expostos a maiores riscos de acidentes de trabalho, o que conduz inevitavelmente a uma incapacidade funcional precoce (Moreno et al., 2003).

Silva (2000) refere que, a relevância dos efeitos patológicos do trabalho por turnos, atrás referidos, aumenta quando consideramos as profissões envolvidas, o grau de responsabilidade que exigem e as implicações para com os consumidores desses serviços, como seja o caso dos polícias, médicos, controladores de tráfego aéreo, pilotos, entre outras.

À deterioração progressiva de saúde é também comum associarmos a ideia de o envelhecimento, de um aumento na susceptibilidade às doenças a par da perda da capacidade funcional, contudo, o envelhecimento funcional e a susceptibilidade face às doenças não estão necessariamente relacionados com envelhecimento cronológico.

Vejamos, o facto de ser corrente estabelecer-se uma relação entre envelhecimento e doença, tal pode ser passível de duas interpretações: o envelhecimento facilita o surgimento de doenças ou, por outro lado, são as doenças que aceleram o fenómeno de envelhecimento. Também não podemos apenas considerar que o envelhecimento é marcado pelo trabalho e pelas condições em que é realizado, pois este até pode trazer benefícios ao indivíduo. Sabemos no entanto que, para o processo de envelhecimento contribuem decisivamente a par, os estilos de vida adoptados, as características individuais, as condições de vida e de trabalho do indivíduo (Pereira, 2006).

O envelhecimento deve ser encarado como um fenómeno bio-psico-social de natureza individual⁵, e por tal, é de toda a pertinência que seja abordado de forma multidisciplinar, como meio de identificar a existência de condições facilitadoras de alterações deficitárias, por norma, associadas à idade.

Tal como referem Cassou & Desrioux (1985:135-139) o envelhecimento é um acontecimento natural e não um fenómeno patológico. Estes autores definem-no como um conjunto de mudanças lentas a todos os níveis do organismo humano (biológico, psicológico, social e económico), mudanças estas contínuas e irreversíveis, às quais estão sujeitos todos os seres vivos, e que ocorrem desde o nascimento até à morte.

Birrem e Cuningham (1985), citados por Pereira (2006: 37) consideram que, na vida do indivíduo devem ser consideradas três idades diferentes: a idade biológica, ligada ao

⁵ António Manuel Fonseca (2005: 20) citado por Pereira (2006:36) refere que “...à medida que as pessoas envelhecem os seus percursos de vida vão-se diferenciando cada vez mais uns dos outros, quer devido ao cruzamento de variáveis de ordem biológica e cultural quer devido à influência exercida por toda uma série de acontecimentos de vida que vão marcando os seus comportamentos e personalidades”.

funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano e com especial importância face aos problemas de saúde que afectam o indivíduo, na medida em que a capacidade de auto-regulação do funcionamento desses sistemas diminui com o tempo; a idade social, associada ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adoptam relativamente a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem. Esta idade encontra-se fortemente agregada ao papel e estatuto que a comunidade atribui a uma determinada situação, como seja por exemplo a passagem à aposentação. E, por último, a idade psicológica, relativa às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças de natureza ambiental, nas quais se enquadram os sentimentos, cognições, motivações, memória, a par de outras competências que sustentam o controlo pessoal, a auto estima e a autonomia.

Ballesteros (2000), citado por Pereira (2006: 39), acrescenta a estas idades a noção de idade funcional, considerando que o envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio quer, entre estabilidade e mudança, quer, entre crescimento e declínio, verificando-se que algumas funções diminuem de eficácia, como sejam as de natureza física, percepção e memória e outras, que na ausência de doença, traduzem um crescimento ao longo de todo o ciclo de vida, como por exemplo as ligadas ao uso da experiência e de conhecimentos prévios. Há ainda a contemplar outras funções que se estabilizam, como sejam as variáveis da personalidade.

A vida activa na qual se insere o tempo de trabalho encontra-se ela própria inscrita na duração da própria vida do indivíduo, tal como decorre dos resultados obtidos por Sullerot (1986), num inquérito realizado em França, ao longo do período 1954-1980 e com uma larga amplitude em termos de aplicação, cerca de um milhão e meio de pessoas, a partir dos quais concluiu existir, claramente, uma correspondência entre tipo de trabalho desenvolvido, condições de vida e duração de vida do indivíduo. Daí que, os efeitos patogénicos do trabalho podem manifestar-se muito para além do tempo em que este se efectuou, e um mal-estar actual pode não resultar do tipo de trabalho que se está a efectuar no momento, mas ter origem, no decurso da carreira profissional anterior, tal como é apresentado por inúmeros outros estudos (Navarro e Elío, 2003: 269-277; Palácios, Duarte e Câmara, 2002: 843-851; Dejours, 1985: 18-21, Duraffoug, 1985: 23).

Também, Giatti e Barreto (2003: 770) como conclusões do seu estudo sobre saúde trabalho e envelhecimento, referem que a capacidade para o trabalho nos idosos, tal como a qualidade de vida são determinadas em grande parte em etapas anteriores da vida. Pelo que, o envelhecimento, enquanto fenómeno relativo, tanto pode surgir tardiamente ou, contrariamente, manifestar-se numa idade ainda “jovem” da vida adulta, dependendo tal, de muitos factores entre eles, das características da história profissional.

Deste modo, podemos compreender que o declínio de certas funções humanas em ligação com o avanço na idade, não pode ser entendido de um modo geral ou uniforme, tendo em conta

que ele torna-se acelerado ou retardado perante condições de trabalho vividas anteriormente. Daí que, Teiger (2005), citado por Pereira (2006: 50) considere que, as modificações funcionais no ser humano devem ser distinguidas pelo tipo de evolução que sofrem, não podendo no entanto, ser inferidas directamente a partir das transformações biológicas, como forma de justificar a diferenciação da capacidade funcional entre indivíduos da mesma idade e de idades diferentes.

Nesta ligação entre trabalho, saúde e capacidade laboral decorre que, o trabalho surge como um agente diferenciador entre os indivíduos no seio da sociedade.

Vejamos por exemplo que o aumento do tempo de trabalho desempenhado em sistema de turnos e nocturno, o aumento da idade aliado à modificação de certas características dos ritmos biológicos associadas à tolerância ao trabalho por turnos, as diferenças de género, as próprias características individuais de matutividade ou vespertividade, a par de características de personalidade (neuroticismo, extroversão), são factores que interferem no desempenho do trabalho por turnos e consequentemente na saúde do trabalhador, conduzindo em muitas circunstâncias a um envelhecimento funcional precoce (Moreno et al, 2003; Smith, 2000, Costa e Parkorski: 2000)

A capacidade para o trabalho de um indivíduo, ao expressar a sua aptidão do trabalhador para desempenhar as suas funções e para a qual concorrem o estado geral de saúde física e mental da pessoa a par de aspectos específicos relacionados com o trabalho, nomeadamente aspectos organizacionais, motivação e satisfação pessoal, entre outros, apresenta-se como sendo a base do nosso bem-estar e não permanece estável ao longo da vida, deteriorando-se mais rapidamente se não a cuidarmos, concorrendo para tal inúmeros factores. De entre estes os indivíduos podem influenciar muitos deles através da própria actividade, nomeadamente o estilo de vida e o ambiente de trabalho. (Williams, citado por Meira, 2004:7; Silva, et al.,2001).

Neste contexto Ilmarinen (1990), citado por Laville e Volkoff (1998: 200), refere que, a capacidade de esforço físico máximo diminui com a idade, sobretudo para os trabalhadores que na sua actividade tiveram uma carga física intensa. No entanto, esclarece que as dificuldades de efectuar gestos precisos no trabalho não aumentam verdadeiramente com a idade mas sim devido a outros constrangimentos da vida de trabalho presente e passada, tais como: esforços, exposições ao frio, grandes constrangimentos de tempo, os quais conduzem a uma diminuição da capacidade de execução de gestos habituais, existindo assim uma interdependência entre a evolução das capacidades de trabalho com a idade e as características de trabalho passado e do actual.

A estes aspectos junta-se a dessincronização interna, dos ritmos biológicos provocada pelo desempenho do trabalho por turnos e em especial nocturno, apresenta-se também como um dos factores que influi negativamente, relativamente à capacidade para o trabalho, de acordo com os dados obtidos num estudo austríaco, em que foram comparados índices de capacidade laboral

entre trabalhadores por turnos nocturnos e diurnos (Ilmarinen, 1999).

Também sabemos que a manutenção de uma adequada capacidade para o trabalho, está relacionada com boas condições de trabalho e com a preservação de uma boa saúde. No entanto, as sucessivas transformações verificadas no âmbito do mercado de trabalho, processos produtivos e prestação de serviços, caracterizadas por uma deterioração das condições de trabalho, vivenciada pelas novas formas de organização, pela precariedade do emprego, pela flexibilização da jornada de trabalho, entre outras, em nada contribuem para a obtenção de bons resultados nesses domínios.

Neste âmbito, Fischer, et al., (2005), alegam que a organização produtiva actual requer a cada passo um aumento de exigências tanto físicas como mentais, no trabalho, o que se traduz num apertar dos critérios de selecção para admissão, onde os de mais idade passam a não ter lugar, na medida em que, é comumente aceite que a capacidade para o trabalho apresentam uma relação inversa com o aumento da idade e as exigências do trabalho não acompanham essa tendência.

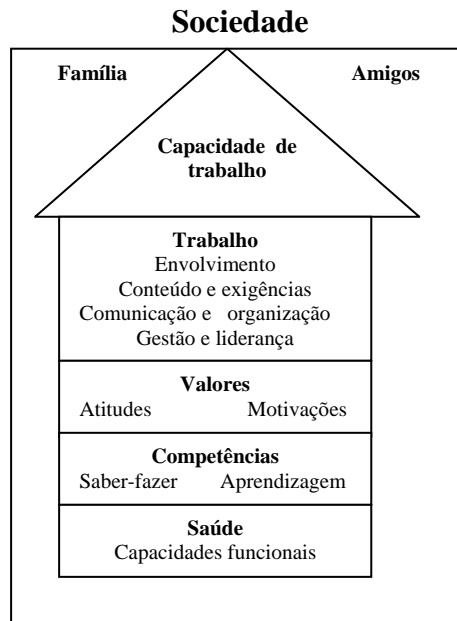
Por seu lado, Ilmarinen (2005) citado por Fischer, et al., (2005: 98) referem que “o principal problema do envelhecimento precoce no trabalho é o desequilíbrio entre as capacidades funcionais e as exigências do trabalho. (...) As más condições de trabalho e de vida, associadas ao envelhecimento da população em idade produtiva, às mudanças na legislação providenciária, além de transformação no mercado de trabalho, trazem repercussões negativas à saúde, em especial à saúde dos mais velhos”, pelo que, “associado ao processo de envelhecimento biológico do organismo humano é necessário adequar as exigências do trabalho às condições de saúde dos trabalhadores à medida que esse processo decorre”.

Kumashiro, citado por Pereira (2006: 53,54), compara a capacidade para o trabalho a uma casa, cuja construção assenta em quatro patamares (Figura 1): no primeiro encontramos a saúde e as capacidades funcionais do indivíduo, que representam a base da capacidade de trabalho e incorporam as dimensões física, mental e social das funcionalidades na saúde; no segundo, deparamos com as competências que incluem o conhecimento, o saber - fazer e a necessidade de aprender ao longo da vida; no terceiro patamar estão sedeados os valores, as atitudes e as motivações individuais que juntamente com os patamares inferiores representam os recursos humanos e o último patamar é representado pelo trabalho, integrando as condições, as exigências e o envolvimento no mesmo. Neste estrato, a gestão apresenta grande preponderância pelas potencialidades que apresenta na capacidade de alterar as diferentes dimensões do trabalho.

Verificamos assim que, a capacidade de trabalho é fortemente influenciada pelos recursos humanos e pelas características do trabalho, sendo que, a vida activa tem origem na harmonia entre os diferentes patamares. Daí que, quanto melhor o primeiro patamar, melhor será a capacidade para o trabalho, na medida em que, cada um dos patamares interfere com os seguintes.

Há ainda que ter em conta que todos os patamares se modificam com a idade, pelo que, qualquer alteração a nível do trabalho deve ser acompanhada com as convenientes adaptações dos patamares inferiores, de modo a garantir o equilíbrio (Ilmarinen e Tuomi, 2004; Pereira, 2006: 54).

Figura1– Dimensões da capacidade de trabalho (adaptado de Ilmarinen et al., 2004: 20)



A Polícia de Segurança Pública, como instituição encarregue da segurança e ordem pública também não fica alheia ao fenómeno que vem sendo referido, destacando-se que para o bom funcionamento da “*máquina policial*”, torna-se imperativo, que todos os profissionais mantenham um determinado nível de aptidão física e psicológica, apesar de diariamente no decurso da sua actividade diária se encontrem sujeitos a um grande desgaste nestes domínios, decorrentes dos vários constrangimentos próprios do serviço policial, nos quais se destaca a prestação de trabalho em regime de turnos.

1.3.2. Definição dos conceitos fundamentais

Este capítulo contempla os conceitos que constituem o eixo central do nosso estudo: trabalho, trabalho por turnos, saúde e doença e capacidade para o trabalho.

a) O trabalho como conceito

O termo trabalho deriva da expressão latina “*tripalium*”, que designava um instrumento de três pés utilizado para ferrar ou domar cavalos, também muitas vezes utilizados com instrumento de tortura. Daí que a ideia de esforço, actividade penosa, tortura, humilhação e sofrimento surjam ligadas a este conceito.

Este termo trabalho é também normalmente utilizado como sendo sinónimo de emprego, no entanto estes dois termos não são propriamente equivalentes. O emprego remete para o enquadramento jurídico e social de uma dada actividade, desenvolvida por um indivíduo, a qual não só lhe garante a sobrevivência física como também lhe dá um estatuto.

Do ponto de vista económico o trabalho é considerado uma actividade produtiva, isto é, que cria valores de mercado, exercidos por uma pessoa tendo em vista uma remuneração. O conteúdo da actividade é variável, consoante o trabalho seja independente ou assalariado (Dembinski, 1992: 47)

Glória Rebelo (1999: 3-15) define trabalho como sendo “toda a actividade humana produtiva inserida numa unidade económica de produção e remunerada. (...) É. uma forma que assume, em determinadas circunstâncias, a actividade de uma pessoa”. O emprego representa “toda a actividade correspondente à produção de bens ou serviços úteis, correspondentes à satisfação de necessidades ou de aspirações quer seja por intermédio do mercado ou não”, apresentando “uma concepção mercantil”.

Para Giddens (2000: 404) o trabalho “ é a realização de tarefas que envolvem esforço físico e mental, com o fim de produzir bens e serviços para a satisfação das necessidades humanas. (...) O trabalho é a base do sistema económico em todas as culturas.”

Um homem “vulgar”, ao ser questionado sobre o que é o trabalho, certamente o associará à canseira, ao emprego e à luta pela vida, ou então ao ofício ou actividade profissional.

Hannah Arendt ⁶(2001: 19,20) considera o trabalho como uma “(...)actividade correspondente ao artificialismo da existência humana, existência esta não necessariamente contida no eterno ciclo vital da espécie, e cuja mortalidade não é compensada por este último. (...) A condição humana do trabalho é a mundanidade.”

O trabalho, considerado como valor social e acção transformadora, é uma noção moderna.

⁶Hannah Arendt (2000: 19,20) “ Com a expressão *vita activa*, pretendo designar três actividades humanas fundamentais: **labor**, **trabalho** e **acção**. Trata-se de actividades fundamentais porque a cada uma corresponde uma das condições básicas mediante as quais a vida foi dada ao homem na Terra. O **labor** é a actividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, cujo crescimento espontâneo, metabolismo e eventual declínio têm a ver com as necessidades vitais produzidas e introduzidas pelo labor no processo da vida. A condição humana do labor é a própria vida. O **trabalho** é a actividade correspondente ao artificialismo da existência humana, existência esta não necessariamente contida no eterno ciclo vital da espécie, e cuja mortalidade não é compensada por este último (...). A condição humana do trabalho é a mundanidade. A **acção**, a única actividade que se exerce directamente entre os homens sem a mediação das coisas ou da matéria, corresponde à condição humana da pluralidade, ao facto de que homens, e não o Homem, vivem na Terra e habitam o mundo.”

Cada sociedade produz e apresenta a sua representação específica a respeito do trabalho, a sua organização, sendo que a cada uma corresponde um tipo específico de tecnologia, uma cultura de integração e de participação dos trabalhadores (Costa, 1992).

A este respeito, Marie –Noelle Chamoux (1994: 64) diz-nos que, em 1978, por parte de camponeses portugueses era completamente ilegítimo classificar como trabalho as actividades assalariadas dos colarinhos brancos e dos professores. O termo trabalho, era reservado actividades que se desenvolviam sobre a natureza, pelos camponeses, jornaleiros e operários.

Alain Supiot, citado por Méda (1999: 25) nos seus escritos “ Critique du Droit du travail” referiu que: “o primeiro sentido comprovado da palavra trabalho, designa o esforço suportado pela mulher durante o parto. Acto em que, se misturam por excelência a dor e a criação, em que volta a representar-se a cada nova vez, como em todo o trabalho, o mistério da criação humana. Porque todo o trabalho é lugar de um arrancamento semelhante das forças e das obras, que o homem em si próprio traz. E, é neste trazer ao mundo filhos e obras que o homem cumpre o seu destino”. A expressão trabalho de parto significa parir.

O termo “trabalho” era também utilizado no período anterior ao sec.XVII, no plural, nas obras poéticas, com o significado de trabalhos do coração, sofrimento por amor, a par de outras significações (Jacob, 1944: 17)

Na *Encyclopédie de Paris*, publicada sob a iniciativa de Diderot e D’Alembert (1751-1780), o termo trabalho encontra-se definido no volume XVI de 1765 como sendo a “ Ocupação diária à qual o Homem está condenado pela sua necessidade e à qual deve ao mesmo tempo a sua saúde, a sua subsistência, a sua serenidade, o seu bom senso e talvez a sua virtude”. (Méda, 1999: 95). De acordo com artigos médicos da época, considerava-se que o trabalho era necessário para uma boa saúde, pois pensava-se que, aqueles que levavam uma vida ociosa eram mais atingidos por doenças mais terríveis. Pelo trabalho era consumido aquilo que havia de supérfluo no corpo. Era como um remédio para adquirir e manter uma boa saúde física (Jacob, 1994: 62,63)

Gabriel Fragnière, (1987), inventariou, sete conotações diferentes para o termo trabalho: trabalho considerado como punição de uma falta, como um castigo ou como sinónimo de miséria. Este é o sentido que decorre do termo trabalho presente na Bíblia, no livro dos Géneses, assim como o conceito que para os Gregos tinham do trabalho manual característico dos escravos. Também em latim *tripalium*, de onde vem o termo trabalho representa um instrumento de tortura. No século XIX, trabalho representa a miséria do proletariado ligada ao início da revolução industrial, história que no século XX se repete em países considerados do terceiro mundo; trabalho como meio de conseguir a salvação. No mundo cristão o trabalho apesar de ser considerado uma pena apresenta-se também com uma finalidade libertadora, um instrumento de recompensa e de redenção que pode conduzir à salvação. Embora com uma outra perspectiva apresenta-se também

neste contexto a tese de Max Weber segundo a qual na incerteza da salvação para além da morte, devido à predestinação, desenvolveu-se na procura do trabalho e no êxito económico o sinal de salvação. Segundo ele, foram estas exigências de sobriedade, de rigor e de eficácia que terão estado na origem do sucesso do capitalismo anglo-saxónico; trabalho considerado como vocação. Neste contexto pode ser colocada a ideia luteriana do trabalho, na medida em que o trabalho estava ligado a um apelo de Deus. Era no trabalho que o homem encontrava o sentido pessoal da vida ligado a uma visão de Deus sobre si; trabalho visto como alienação. Neste âmbito enquadra-se a visão de Marx sobre o trabalho no mundo capitalista, que é oposta à concepção luteriana do trabalho como vocação, na mediada em que não passa de uma força impessoal que o capitalista explora, ao apropriar-se da mais valia para acumular capital. A alienação deriva também da própria divisão a que o trabalho é sujeito; o trabalho ganha a forma de emprego. Representa o sentido mais actual do termo trabalho. É através deste que o assalariado obtém um estatuto social com direitos; trabalho como centro da vida. Numa sociedade construída em redor do trabalho o tempo humano estrutura-se à sua volta. Os estudos apresentam como objectivo primeiro a preparação para o trabalho, só depois aparecem como meio de obter a procura da verdade e a sabedoria; a idade do trabalho sucede à morte social e a reforma representa uma idade legalmente determinada. Este estilo de vida não será modificado em função de aspectos que não sejam o trabalho. É esta concepção que é contestada por aqueles que defendem a redução do trabalho e do tempo de trabalho; trabalho considerado primeiramente como actividade humana. Pesquisas actuais em redor do sistema de emprego procuram reconsiderar o trabalho como actividade humana em detrimento do valor social. Esta mudança de sentido do económico para o social poderá traduzir-se pela passagem da sociedade do pleno emprego para a sociedade da plena actividade. Esta perspectiva visa uma requalificação do trabalho a partir do momento em que uma utilidade social se aplica ao seu exercício.

Stavros Voutyras (1980: 433-442) defende que a concepção da noção de trabalho no mundo é dominada por duas correntes: a concepção clássica e a concepção romântica. A primeira considerou o trabalho como prisma da realidade social dominante, enquanto que a segunda idealiza o trabalho humano.

A corrente clássica-realista teve início em Aristóteles, nos Romanos e serviu como ponto de apoio do capitalismo e da civilização técnica e industrial contemporânea sendo representada na actualidade pelo taylorismo e por outros sistemas da organização do trabalho. Na corrente romântica do conceito de trabalho destaca-se o cristianismo, que via o trabalho como uma ordem divina; São Tomás de Aquino, que defendia a atribuição de um justo valor ao trabalho humano em especial ao trabalho manual das artes liberais; Thomas More, Lutero e Calvino, que defendiam a ideia da obrigação geral de trabalhar; os socialistas utopistas como Saint-Simon, Proudhon,

Fourier, Louis Blanc que movidos por um sentimento de revolta face às desigualdades e miséria da classe trabalhadora fizeram apelo a um sentimento de caridade e de equipa para contribuir para a criação de uma sociedade nova fundada na igualdade; Adam Smith que declarou que a riqueza de uma nação é produzida pelo trabalho; Karl Marx, que considerava que a história do mundo não é senão a criação do homem pelo seu trabalho, entre outros. Para estes era o valor criador do trabalho que era exaltado, pelo que o direito ao trabalho por parte de todos foi considerado como uma consequência necessária do direito à sua própria existência.

A Carta Encíclica “*Laborem Exercens*” do Papa João Paulo II (1989), que actualiza a Doutrina Social da Igreja sobre o trabalho humano, considera o trabalho humano a “*chave*”, provavelmente a “*chave essencial*” de toda a questão social. Refere que “*com a palavra trabalho humano é indicada toda a actividade realizada pelo homem tanto manual como intelectual, independentemente das suas características e das circunstâncias*” (1989: 7), devendo essas actividades desempenhar as três funções que o ensino social da Igreja lhe conferiam: sobrevivência, utilidade social e função espiritual. Considera ainda o progresso técnico uma demonstração do domínio do homem sobre a terra, o que representa o fruto de um trabalho da inteligência humana.

Sob o ponto de vista jurídico e em especial no âmbito do Direito do Trabalho, o trabalho traduz “a relação entre duas pessoas, pela qual uma transmite a outra a disponibilidade da sua “força de trabalho” (entendida como o conjunto de aptidões psico-físicas para actividades socialmente úteis em troca de dinheiro ou dos bens de que necessita para subsistir ”, (Fernandes, 1992: 11-12).

O trabalho, encontra-se estritamente articulado com os traços fundamentais da estrutura e da dinâmica de qualquer sociedade, sofrendo por isso representações e valorizações diversificadas, atendendo a nele coexistirem não apenas questões de utilidade ligadas ao esforço que garante a sobrevivência, subentendendo por isso a ideia de ganha-pão, de obrigação vital, a que nenhuma sociedade conseguiu escapar, porque, ele é a própria condição da existência humana, como também o facto de o homem sempre ter procurado dar um sentido à sua actividade, surgindo assim a par da utilidade aspectos simbólicos relacionados com o funcionamento da organizações e jogos sociais de mediações de poder, de exibição e de confronto de estatutos, de reafirmação e de criação.

Nas sociedades agrícolas do passado, caracterizadas por uma economia de subsistência, onde vigorava a irrelevância dos incentivos monetários, as obrigações sociais para com os parentes, o trabalho apresentavam-se como motivo primeiro para se ter uma ocupação, atendendo a que se tornava necessário garantir-lhes o abastecimento de comida. A base da existência consistia assim num trabalho penível e numa dependência constante da natureza e dos deuses, pelo

que o trabalho e os rituais mágicos estavam associados a um único processo (Cotta, 1987; Grint, 1998).

Na Antiguidade Clássica, o trabalho era considerado um actividade “socialmente desvalorizada”, específica das categorias sociais inferiores: escravos, servos e artesãos e das mulheres (Costa, 1992: 58). A ideia de trabalho, surgia ligada a actividade da esfera da vida familiar e privada, consideradas inferiores.

Na sociedade da Grécia Antiga⁷, na época de Platão⁸ e Aristóteles, o termo trabalho, tal como hoje o entendemos, apresentava um sentido pejorativo. Era associado à esfera da necessidade, às actividades servis, degradantes e sem qualquer valorização. As actividades fortemente valorizadas eram as que se apresentavam dentro da esfera da liberdade, e como tal apenas abertas aos cidadãos e ligadas com os assuntos da *polis*, onde tudo era decidido mediante a palavra e a persuasão. A força, a violência o ordenar e a necessidade regulavam as actividades típicas da família, desenvolvidas pelos não cidadãos. A verdadeira vida, era a vida de ócio⁹. (Pinard,

2000; Arendt, 2001)

Os Romanos, apresentavam igualmente, negativa a respeito do trabalho¹⁰, fazendo também a distinção entre actividades liberais e servis, não convindo estas últimas aos homens livres. Consideravam que, com excepção dos deuses todos os seres do mundo, incluindo a natureza tinham um labor (Marouf, 1996).

Na Bíblia, o trabalho apresenta-se como uma forma de castigo e preço de um pecado mas também como um meio de resgate e de salvação da alma. No Livro dos Géneses (Gn, 3.17,19: 21) refere que da terra “só arrancarás alimento à custa de penoso trabalho, em todos os dias da tua vida. (...) Comerás o pão com o suor do teu rosto, (...)”. Era um instrumento de disciplina social. Com o trabalho o homem participa na obra do próprio Deus, seu Criador. Este constitui assim, uma dimensão fundamental da existência do homem sobre a terra, sendo através do trabalho e mediante o trabalho que se realiza o domínio do homem sobre a terra. A ociosidade é considerada

⁷ Não existia um único termo para designar trabalho, mas três particulares: *ponos*, que significa actividade penosa; *ergon*, que quer dizer tarefa militar ou trabalho agrícola e *techenê* que significa técnica. O fundamento deste escalonamento centrava-se no maior ou menor grau de dependência em relação aos outros. Cada um destes termos tem pois a sua “classe suporte”: os escravos, os agricultores e os artesãos (Méda, 1999: 43,44).

⁸ Em a *República*, Platão, citado por Costa (1992: 58) referia que “a beleza do corpo e a beleza da alma caminham a par, o trabalho manual torna o corpo disforme e a alma feia”.

⁹ O termo ócio não estava necessariamente ligado ao conceito de preguiça, mas a vida agradável e feliz. Em *A Política*, Aristóteles, referia que “A vida de ócio tem em si própria o prazer e a felicidade. Tal não cabe aos que têm uma vida laboriosa, e antes aos que têm uma vida de ócio, porque o homem laborioso cumpre o seu labor em vista de algum fim que não possui, mas a felicidade é um fim que não é acompanhado de pena, mas de prazer”, (Méda, 1999: 49).

¹⁰ Os Romanos também tinham três termos para designar as actividades por nós apeladas de trabalho: *opus*, trabalho efectuado; *opera (ae)*, a actividade de trabalho e *el labore*, que remete para o trabalho agrícola e militar para os homens e trabalho de parto para as mulheres (Chamoux: 1994)

como a “*mãe todos os vícios*”¹¹.

O protestantismo, derivado da Reforma, atribui ao trabalho, para além de uma obrigação moral um motivo de orgulho, do qual o indivíduo obtém uma espécie de satisfação, sendo considerado um bem que se conquista na Terra, um contributo positivo e necessário do homem para a manifestação da glória de Deus. A preguiça, a ociosidade e a inacção eram encaradas como pecados maiores, atendendo a que consistiam na recusa de edificar o Reino de Deus. O trabalho teria, no entanto, de ter fins úteis, ser efectivamente produtivo. O homem deveria trabalhar durante toda a vida. A riqueza acumulada pelo crente devido ao seu trabalho, não poderia ser utilizada em seu proveito próprio, mas ser empregue em novas actividades produtivas. O crente funcionava apenas como administrador dos bens deste mundo e deveria, segundo a palavra das Escrituras, fazê-los fortificar em toda a medida das suas capacidades e do seu trabalho. Esta doutrina, defendia ainda que, o homem deveria instruir-se para adquirir novos conhecimentos tendo em vista a aplicação destes no trabalho de forma a torná-lo mais eficaz e útil (Rocher, 1998: 41-48).

Até ao início da idade Média o trabalho, parece surgir ligado às actividades da vida familiar e privada, consideradas inferiores (actividades dos servos, dos escravos e das mulheres). Por esta altura, verificou-se a sua promoção, sendo elevado à estrutura de coisa pública. Arendt (2001: 63) dia que “aparentemente, em nenhuma outra esfera da vida atingimos tamanha excelência como na revolucionária transformação do *labor*, a ponto da acepção do próprio termo (...) até então ligado a fadiga e penas, quase insuportáveis, ao esforço e à dor e conseqüentemente a uma deformação do corpo, ter começado a perder o seu significado (...)”.

Face a esta alteração de valores, o casal aparece como a célula económica de base, a unidade produtiva principal. O trabalho deste e o seu produto, estruturava a colocação das várias famílias na sociedade. A relação entre família, trabalho e economia era coincidente verificando-se no entanto, uma separação das tarefas entre homens e mulheres, (Saraceno, 1997: 163; Barrère-Maurisson, 1992: 13; Opitz, 1990: 393-394).

A partir do sec. XIV e até aos finais da Idade Média o trabalho também surgiu como um instrumento de controlo e de disciplina da mendicidade e vagabundagem. Era uma espécie de remédio obrigatório para os pobres¹². Os indigentes válidos eram enclausurados nos hospitais gerais, considerados à época, como sendo um local de trabalho e de instauração de disciplina. O trabalho apresenta-se agora como uma forma de isolamento e de exclusão do resto da sociedade. A

¹¹ A 2ª Epístola de S. Paulo aos Tessalonicenses (II 3.10.11.12: 1560), exorta essa perspectiva ao referir que “quem não quiser trabalhar, não tem direito a comer (...)” apelando a que “ todos trabalhem pacificamente, para comerem assim o pão que eles mesmos tiverem ganho”.

¹² Michel Foucault, citado por Jacob (1994: 24), considera que com esta nova ética do trabalho se operam também transformações nas representações da pobreza. O trabalho ao surgir como instrumento de controle e de disciplina, apresentava um nível de representação no campo da punição e do constrangimento, ao passo que a pobreza era uma espécie de leprosaria. Este autor considerava as leprosarias os primeiros lugares organizados de exclusão social, considerando que estes lugares não se destinavam efectivamente a suprir a doença mas tão só a mantê-la a uma distância inviolável

capacidade do indivíduo para trabalhar era o critério utilizado para separar os “bons” dos “maus”. (Marouf, 1996: 21; Méda (1999: 93)

Entre os séculos XVII e XVIII verificou-se uma inversão da “ordem dos valores”¹³ de então. O trabalho tornou-se soberano, aparecendo no centro da sociedade, invadindo a cena da economia, do direito e da política, criando-se a ideia de que é por meio dele que se alcança a abundância universal e se estruturam as relações sociais e os laços entre os indivíduos. (Meda, 1999: 77-95). Para esta nova concepção da representação do trabalho, contribuiriam Adam Smith (1723-1790) e a sua obra “Inquérito sobre a Natureza e as causas da Riqueza das Nações”, assim como Madeville com a “A Fábula das Abelhas”.

O trabalho surgia agora como forma de cálculo e de medida que tornava possível a troca. Todos os objectos trocados são o resultado de trabalho. Neste contexto, o trabalho apresentava-se como o “primeiro preço”. Era considerado trabalho produtivo¹⁴, aquele que produzia valor de troca e improdutivo, o que não se podia vender, que perecia no momento em que era efectuado (trabalho do criado de casa, dos militares, homens de leis, etc.), (Pinard, 2000: 42). A designação de serviços surgiu entretanto para identificar as actividades das pessoas que não exerciam o verdadeiro trabalho vector de troca, isto é trabalho produtivo (Méda, 1999: 68,69). Sendo a essência do trabalho a fadiga, a dor e o esforço “era a esse preço que o indivíduo comprava a sua participação na sociedade” (Demourgues, 1979: 11).

Estamos assim, perante o advento da Revolução Industrial em que os eixos fundamentais da sociedade passam a ser: a propriedade privada dos meios de produção; a relação capital/trabalho, como uma das relações fundamentais da sociedade; a apropriação da mais valia e a generalização das relações comerciais, o início do reino da mercadoria, dos longos dias de trabalho e do começo do salário à peça. Deve tentar obter-se o máximo de lucro com o mínimo de custos. Surge também, uma nova forma social: a relação salarial. É o denominado sistema de produção capitalista.

O trabalho deixa de se apresentar como uma obrigação e um castigo, para fazer face a todas as necessidades para se impor como fundamento económico e social, como o principal criador de uma nova ordem humana. Em vez da actividade económica ser encastrada na condição social o

¹³ Dominique Méda (1999: 80-83) refere que as descobertas de Galileu, Newton, Pascal, Descartes influenciaram esta tomada de posição. Era como se “Deus se tivesse retirado deste mundo. A relação de temor e respeito perante a natureza substitui-se a uma relação utilitária. O trabalho surge como um meio de ordenar a existência (...) e a Natureza como um campo a lavar”. A par destes acontecimentos Annie Jacob (1994: 9,10) diz que esta época de mudança coincide também com a das grandes descobertas e conquistas do Mundo por parte dos Europeus, em particular do chamado “Novo Mundo” do qual provirá a América, espaços estes ocupados por sociedades diferentes com outras lógicas de vida e cultura e que esse “reencontro” contribuiu para a criação das novas representações do trabalho.

¹⁴ Nesta época, em França e a Inglaterra, um grupo de indivíduos denominados de fisiocratas, considerava apenas como trabalho produtivo o trabalho agrícola, na medida em que, só aquele permitia ao homem produzir uma quantidade de riqueza superior à que consumia, apresentando-se a indústria e o comércio como estéril. Esta ideia refutada por Smith foi posteriormente desenvolvida por Hegel, Marx entre outros. (Taylor, 1997: 41).

estatuto social depende agora do trabalho. A posição social de cada família deriva exclusivamente da posição ocupacional do chefe de família (Saraceno, 1997: 165-166, Costa, 1992: 64, Cotta, 1987). É neste contexto, com a relação trabalho/mercadoria, que surge o termo emprego, como sinónimo de trabalho, a par da convicção de que as motivações do homem no trabalho eram exclusivamente económicas.

Este apresenta-se agora como o principal criador de uma nova ordem humana. Verifica-se uma mudança nas relações do homem com o trabalho, com o tempo e nas próprias condições de trabalho, passando a estar reunidos num mesmo espaço um grande número de trabalhadores, sob as ordens de um mesmo capitalista, a ter o ritmo de trabalho que as máquinas lhes impõem, inclusive a sucessão dos dias e das estações, as liberdades dos deuses ou a tolerância dos homens relativamente ao tempo de trabalho de outrora, fora abarcada pelo ritmo da máquina. Alain Cotta (1987: 65) refere que “o escravo é uma coisa no trabalho. O operário é o escravo de uma coisa”.

Com esta nova modalidade de trabalho, surge uma nova categoria de trabalhadores, para controlar os operários, os contramestres¹⁵. Estes, têm funções de disciplina e de polícia. Eram apelidados de “cão de guarda do capital” e odiados por toda a classe operária. Jáuregui, Egea e Puerta (1998: 169) referem que a jornada de trabalho se militarizou.

Neste contexto apresenta relevância, nos finais do século XIX, o método de trabalho proposto por Frederick Winslow Taylor (1856-1915), e conhecido por Organização Científica do Trabalho (OCT), em que cada trabalhador passava a estar confinado a uma tarefa fragmentada e indefinidamente repetida na produção de mercadorias, verificando-se segundo Marx, a degradação do próprio operário enquanto Homem. Era uma espécie de “substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto” por parte do trabalhador apelidada por Marx de “supervisor e regulador do processo de produção”. Com esta ideologia conhecida por taylorismo, o homem no trabalho apresentava-se como mais uma engrenagem que se somava às máquinas cada vez mais aperfeiçoadas, tornando-se elas próprias a cada momento mais autónomas do homem, desprovido de iniciativa e completamente alheado da concepção humanística do trabalho, o que motivava a desvalorização do seu saber fazer (Ortsman, 1978: 23-37, Antunes, 1995: 44-54).

Herbert Marcuse (1982: 49) considerava que esta era a forma mais pura de servidão¹⁶. O isolamento e a pressão no local de trabalho a que os trabalhadores passaram a estar sujeitos, foi provocando a dissolução de laços sociais básicos até deixar a sociedade no alheamento total, sem

¹⁵ São escolhidos pelo patrão não em função da sua competência, mas do seu “pulso”. Eram recrutados, tal como nas prisões os vigilantes, de entre antigos militares.

Marx em *o Capital* (1990:305) refere que “...o chicote do condutor de escravos é substituído pelo livro de castigos do contra-mestre”. Michel Foucault (1977) na sua obra *Vigiar e Punir*, faz referência ao facto de que até a própria organização espacial da fábrica deveria responder a uma dupla exigência: por um lado, aos imperativos de produção, por outro, às exigências de controlo e de vigilância dos indivíduos.

¹⁶ Marcuse (1982: 49) referia que “os escravos da civilização industrial são escravos sublimados, mas são escravos, porquanto a escravidão é determinada tal como referido por Hannah Arendt em *A condição humana* (2001), não pela obediência, nem pela dureza do trabalho, mas pela condição de ser um mero instrumento e pela redução do homem à condição de coisa”.

contexto humano-sensorial, anémica no tempo.

Nesta nova comunidade de trabalho, a solidariedade, outrora transmitida pela família, deverá vir da tecnologia, não da colaboração de todos. O espaço de trabalho é exclusivo e específico. O trabalhador deverá permanecer aí para sobreviver. Nele encontra os seus companheiros, não porque os tenha escolhido, mas para constituir com eles e com as máquinas, uma comunidade de produção. As ordens que recebe e os incentivos que obtém pelo seu esforço não vêm nem de deus, nem dos homens, mas sim da máquina e do mercado (Cotta, 1987).

Contrariamente às ideias defendidas pelos autores atrás citados, Durkheim, na sua obra sua obra *Divisão do trabalho social*, postulava que pela divisão/repartição das tarefas, o trabalho assegurava a solidariedade do conjunto do corpo social.¹⁷

Georges Friedmann (1983), considerava que a insatisfação provocada pelo trabalho em migalhas, derivada da separação do pensamento e a execução da tarefa, se apresentava como um dos principais aspectos de alienação do trabalhador, desencadeado naquele um estado mais ou menos acentuado de depressão, uma tensão permanente que, consciente ou inconscientemente se reflecte permanentemente sobre a vida fora do trabalho do indivíduo, encorajando as suas tendências agressivas, excentricidade nos lazeres (jogos de fortuna ou azar, álcool, etc.), problemas de saúde, familiares entre outros. Este autor, ao contrário de Durkheim, via no “trabalho em migalhas” não uma fonte de solidariedade, mas uma forma patológica em que se manifestava a anomia devido à descoordenação das funções.

A fadiga física deixa de se apresentar como único sofrimento. A ela vem juntar-se a fadiga nervosa.

A introdução de novas tecnologias na produção, embora pudesse ter vindo eliminar um conjunto de tarefas penosas e pesadas para o trabalhador, acarretou consigo o surgimento de novos riscos para a saúde dos trabalhadores, envolvendo para além de aspectos físicos, aspectos mentais e sociais. É o embrião das denominadas enfermidades psicossomáticas que vêm afectar para além da saúde individual a vida familiar e social (Oliveira, 1997). Neste sentido M. Drulhe (1996) fala de “sociopatias”, ou seja, as doenças provocadas pelas condições sociais de existência.

Estas formas de produção adoptadas pelo capitalismo vieram fortalecer as organizações dos trabalhadores, levando a que, no período entre 1895-1914 o movimento sindical na Europa, assumisse uma concepção revolucionária, na luta contra os malefícios sociais da empresa tayloriana, as péssimas condições de vida da maior parte dos trabalhadores, traduzida por baixos

¹⁷ Durkheim, via na divisão do trabalho “ (...) a origem, senão a única pelo menos a principal fonte da solidariedade social. (...) Os efeitos económicos que a divisão do trabalho pode prestar são pouca coisa ao lado do efeito moral que produz, a sua função é criar (...) um sentimento de solidariedade.” Chamou solidariedade orgânica à solidariedade provinda da divisão do trabalho, considerando que “Esta solidariedade assemelha-se à que se observa nos animais superiores. Cada órgão tem aí efectivamente a sua fisionomia especial, a sua autonomia e deste modo a unidade do organismo é tanto maior quanto mais acentuada for essa individualização das partes.” (Durkheim b, 1991: 152-153).

salários, longos dias e semanas de trabalho (Costa, 1992: 70). A par surgem, novas posições para a organização do trabalho¹⁸, em que para além do aumento da produtividade eram considerados os factores de motivação do homem no trabalho, pois concluíra-se que satisfação no trabalho não dependia unicamente de factores “extrínsecos” ligados a necessidades com origem na natureza animal como o salário, ambiente de trabalho e tipo de vigilância, mas com factores “intrínsecos” ligados a necessidades com origem no carácter particular da natureza humana, como a qualidade das tarefas, as possibilidades de demonstrar as suas capacidades, possibilidades de promoção, reconhecimento, (Francès, 1984: 31; Ortsman, 1978: 14,15).

Muito embora as mulheres sempre tenham trabalhado, foi na dita na dita sociedade industrial, com maior incidência na Europa e Estados Unidos, desde a Segunda Guerra Mundial, que se operaram mudanças significativas no universo da diferenciação de tarefas entre homens e mulheres, até aí dominante, em que, o “trabalho fora de portas” era da responsabilidade do homem e as tarefas familiares da competência exclusiva da mulher. Por essa altura ocorreu a entrada generalizada das mulheres no mercado de trabalho. Esta alteração tem por base não apenas aspectos económicos, mas inscrever-se sobretudo numa dinâmica de instauração social do indivíduo, característica das modernas sociedades, em que se verifica a procura individual da autonomia e de realização de si (Torres, 2004; Santos, 1997). O trabalho assalariado, com as suas inevitáveis divisões sociais e sexuais, tal como refere Cristophe Dejourns & Pascale Molinier (1994: 42) apresenta-se às mulheres como um instrumento decisivo de reapropriação, dos seus direitos civis e cívicos.

Muitos dos empregos assalariados agora ocupados por mulheres correspondem a trabalho tradicional das mulheres efectuado no âmbito familiar. O facto de passarem a ser reconhecidos pela sociedade, como empregos, com um salário e um conjunto de garantias que o direito do trabalho lhes confere, muda o significado dessa actividade¹⁹.

É neste cruzamento de tarefas familiares deixadas e exigidas que surge o trabalho familiar substituído pelos serviços. Passa-se, assim, à mercantilização da vida quotidiana, em que os trabalhadores são em larga medida mulheres, continuando a ser considerado como um trabalho

¹⁸ Destaca-se o denominado Movimento das Relações Humanas com Elton Mayo; o enriquecimento individual das tarefas de F. Herzberg inspirado na teoria das necessidades de Maslow; o grupo de auto-formação ou *training-group- T-group*, resultante dos métodos de pesquisa de Lewin e desenvolvida posteriormente por C.Argyris e C. Rogers a par das técnicas do desenvolvimento das organizações com os estudos de R. Blake & J. Mouton, S. Culbert e das teorias de McGregor e McWinney sobre as necessidades do homem no trabalho.

¹⁹ Neste contexto o trabalho doméstico para algumas famílias que podem pagar a outra mulher para o realizar, tende a desaparecer restando apenas o trabalho profissional. Em contrapartida, para outras famílias, sobretudo para mulheres com menos habilitações académicas, o doméstico absorve todo o trabalho, tanto gratuito no seio da família como sob a forma de emprego doméstico. Diz ainda que é fruto desta interacção entre os dois aspectos do trabalho, doméstico e profissional que surge uma nova divisão do trabalho entre as mulheres. Tal como refere Dominique Schnapper (1998:65) “ Há mulheres que põem o filho na creche para se tornarem empregadas numa outra creche e ocupar-se, como profissionais, dos filhos das outras. Para uma enfermeira diplomada do Estado, ocupar-se dos idosos numa casa de repouso não tem o mesmo sentido que cuidar de sua mãe em sua casa. (...) o facto é que trabalho está assimilado com emprego assalariado. É efectivamente o que explica a hierarquia dos estatutos (...)”.

feminino (profissões ligadas à saúde, à educação, à assistência social, apoio de serviços)²⁰, não sendo pois de estranhar, tal como refere Pierre Bourdieu (1999: 52), que socialmente sejam consideradas tarefas inferiores pelo facto de serem socialmente atribuídas às mulheres, transfigurando-se e passando a ser enobrecidas, logo que os homens se apoderem delas e as efectuem fora da esfera privada.

Tendo em conta o universo do masculino e do feminino descrito por Lúcia Amâncio (1994) podemos dizer que em determinadas profissões existem algumas tarefas e funções que são executadas por mulheres ou por homens, de tal forma que em alguns casos é visível uma discriminação de tarefas. A este propósito pode referir-se o trabalho realizado pela mulher polícia portuguesa²¹. Aquando da entrada das mulheres na PSP as suas tarefas eram tipificadas na lei²², sendo estas bem delimitadas, havendo funções e mesmo postos, como seja o caso de Oficial de Polícia, que eram considerados de exclusividade masculina (Marinho, 2001: 30).

Presentemente a distinção entre trabalho e não trabalho raramente depende da própria actividade real, encontrando-se a sua sustentação no contexto social que suporta a referida actividade, o qual muda necessariamente no espaço e no tempo (Grint, 2002: 23)

Na actualidade, os vários ramos do saber, desde a filosofia, à sociologia, passando pela economia, têm-se interessado pelo conceito e conteúdo, designado pelo termo trabalho. Muito embora estas perspectivas pareçam aparentemente contraditórias, Silva e Costa (1992: 59) refere que “as perspectivas de uns e de outros são complementares”.

Centrando-nos agora no conteúdo do termo emprego, surgido com o capitalismo a partir dos finais do século XVIII, e entendido na nossa sociedade como sinónimo de trabalho, que atribui estatuto social, se insere num determinado contexto temporal e espacial, que parece constituir o centro da existência quotidiana, tal como vem sendo referido ao longo do presente trabalho, começa e a ser considerado, hoje em dia, um bem raro. Por tal, André Gorz (1998: 30-34) considera que estamos perante a extinção de um modo específico de pertença social e de um tipo específico de sociedade, apelidada por Hannah Arendt (2001) de “sociedade do trabalho”, com todas as implicações daí decorrentes. Daí que, perante uma sociedade cada vez mais assolada pelo desemprego, assistamos a uma revalorização da concepção de trabalho e de emprego, comecemos a assistir ao “trabalho fantasma”.

Dominique Schnapper²³ (1988) afirma que a dignidade ou o estatuto social do indivíduo

²⁰ Ver (Saraceno, 1997: 214-220; Torres, 2004: 5-53; Fougeyrollas- Schwebel, 1998: 334; Jáuregui, Egea e Puerta, 1998: 361-396; Rebelo, 2002).

²¹ Remi Lenoir em Bourdieu (1999: 273) a propósito das mulheres na polícia refere que as mulheres “ainda hoje estão reduzidas a um pequeno número e são ainda mais relegadas a tarefas concebidas como “femininas” pois esse universo masculino institui a “virilidade” em tudo o que está associado como qualidades profissionais”.

²² Decreto-lei nº34:882 de 4 de Setembro de 1945, artº23º

²³ Dominique Schnapper²³ (1988) diz que tal concepção foi por nós herdada das sociedades do pós 2ª Guerra Mundial, em que o contrato de trabalho com duração indeterminada era maioritário e concedia o estatuto mais elevado.

está ligado à relação com o emprego, sendo esta posta em causa pela ausência daquele. Considera que o trabalho se apresenta como um vector essencial da organização social, na medida em que as modernas sociedades se constroem em torno da actividade profissional, da cidadania e da articulação entre as duas. Hanna Arendt (1983: 184) relativamente ao aspecto atrás focado diz que “a condição humana do trabalho é a vida mesmo”, pelo que trabalho criativo, interessante ou trabalho degradante, repetitivo e alienante define o *status* do indivíduo na sociedade.

A este propósito Robert Francès (1984: 24) refere que muito embora ao longo da história da humanidade o trabalho tenha sido considerado como uma característica negativa da vida humana, este sentimento desaparece logo que este falta. Zelinski (2002:49-51) diz que muitas pessoas quando se vêem desprovidas de trabalho exibem uma deterioração da sua personalidade e uma perda de amor-próprio. Outras porém, apesar de encararem o seu trabalho desagradável, independentemente da situação financeira, suportam-no pois acreditam na sua moralidade. Giddens (2000: 372) considera que “mesmo quando as condições de trabalho são relativamente desagradáveis e as tarefas a realizar monótonas, o trabalho tende a ser um elemento estruturante na constituição psicológica das pessoas e no ciclo das suas actividades diárias”.

O desemprego é assim entendido, não apenas como ausência de actividade e de relações assalariadas, mas também como uma situação, um status social, relativamente ao qual existe um sentimento de humilhação (Schnapper, 1994). A ausência ou a precariedade do principal vector de socialização transforma profundamente os indivíduos.

Nas sociedades que elegeram o consumo como o valor supremo, a perda ou redução do poder aquisitivo é sentida como uma grande provação. Cattani (1996: 72-74) refere que é o primeiro degrau em direcção ao que Bourdieu denomina de “miséria de condição”. O trabalho precário e o desemprego são sentidos como uma perda de qualificação social, de contactos com parentes, amigos e vizinhos, reforçando-se a “miséria de situação”. O trabalhador precário ou desempregado ao isolar-se pode resvalar para a exclusão e para a marginalidade. A própria aposentação apresenta-se como uma “morte social”, pois quanto mais tempo²⁴ disponível, menos se faz. Assim, parece que o aumento dos tempos livres em vez de consistir num pré requisito para uma vida melhor, numa maior disponibilidade para procurar a “felicidade da vida”, tal como era referido por Thomas Moro²⁵ (1989:75), acaba por levar toda a gente a sentir-se infeliz.

²⁴ A valorização do tempo livre e de todas as formas de descanso desenvolveu-se paralelamente à industrialização. Tempo livre não é sinónimo de ociosidade, nem representa o contrário de trabalho.

De acordo com Zelinski (2002: 49-51) e os gregos já consideravam o lazer não como apenas um interregno do trabalho mas como tendo um fim em si mesmo. O tempo de *ótium* era para eles o mais produtivo, pois podia ser usado para pensar, aprender e para o desenvolvimento da pessoa. Com o decorrer dos tempos e das mentalidades, tal como já foi referido ao longo do presente trabalho, os papéis do trabalho e do lazer foram invertidos, passando o trabalho a ser visto como a actividade mais produtiva, como o principal organizador da vida quotidiana, adquirindo o ócio um estatuto inferior.

²⁵ Thomas More, na sua obra *Utopia*, apresenta-nos uma forma de organização social, assente em critérios de racionalidade, em que o trabalho socialmente necessário era distribuído equitativamente por todos os membros do corpo social, não recaindo apenas sobre os “oprimidos”, como acontecia na Europa. A agricultura era a arte comum a todos. A par disso, todos os homens e mulheres, de acordo com a sua natureza, deveriam ter

É também o trabalho, que define, *a contrario*, o tempo livre, o fim de semana, as férias e lhes atribui um significado (Schnapper, 1998)

Villaverde Cabral, Jorge Vala e João Freire (2000) obtiveram como resultados do seu estudo sobre as orientações portuguesas face ao trabalho, numa perspectiva comparativa com outros países membros do *International Social Survey Programme* (ISSP), decorrente da aplicação do inquérito “Atitudes Sociais dos Portugueses. Orientações perante o trabalho,” em 1997, que o trabalho continua a revestir uma dimensão normativa importante em todos os países onde o inquérito foi aplicado. Contudo, os resultados obtidos revelam que o trabalho está a perder saliência na organização da vida, nomeadamente nos países mais desenvolvidos, onde os valores pós-matérias são mais importantes.

Jáuregui, Egea e Puerta (1998: 399) referem que presentemente, o dia de descanso deixou de representar o fim do trabalho, convertendo-se no centro dos interesses vitais que são não tanto descanso mas mais actividades de ócio. A jornada de trabalho apresenta-se agora como o tempo necessário para ganhar algum dinheiro para satisfazer o tempo hedonista, tal como era defendido por Bertrand Russel (1989)²⁶.

Também Herbert Marcuse (1982) equiparava o trabalho com repressão e ócio com liberdade, sendo que, as potencialidades da informática poderiam tornar possível a inversão da relação entre tempo livre e tempo de trabalho.

Diríamos assim, que o conceito de trabalho é construído socialmente, sem um significado fixo ou universal, no tempo e no espaço, sendo os seus significados delimitados pelas formas culturais nas quais é praticado (Fossier, 2002; Grint, 1998; Chamoux, 1998), na medida em que ao longo da história e de uma sociedade para outra o trabalho foi sendo visto de diferentes formas, havendo casos extremos em que a execução de tarefas manuais de produção de bens era considerada uma actividade de baixo merecimento, até mesmo degradante. Contudo, existem outras situações em que o trabalho era exaltado e considerado como a primeira e mais nobre função social, tal como é referido por Freire (2001: 15).

Neste contexto, a partir dos anos 70 do sec. XX assistimos a uma desestabilização crescente do estatuto ligado ao emprego, e da vida do trabalho caracterizada pela estabilidade e standardização, ao ganhar cada vez mais forma a organização flexível do trabalho, no tempo,

um ofício como profissão própria. Não era permitida a ociosidade. No entanto, ninguém tinha que trabalhar “sem descanso, do nascer ao pôr-do-sol, como bestas de carga”, tal como acontecia fora da Utopia. Bastariam seis horas diárias. Esta redução e repartição do tempo de trabalho permitiria a sociedade concentrar-se na produção, em abundância do considerado socialmente “útil” assim como permitia simultaneamente que todos os cidadãos se pudessem “libertar da escravidão do corpo, cultivando livremente o espírito”. O tempo livre não poderia ser destinado à preguiça e ao esbanjamento mas deveria ser utilizado livremente em actividades variadas, úteis à comunidade como a arte, a ciência, a leitura, o estudo, etc. (More, 1989: 69-75)

²⁶ Bertrand Russel (1989), considerava que a “fé nas virtudes do trabalho estava a fazer muito mal ao mundo moderno”. A técnica tornara possível que o ócio dentro de certos limites se tornasse um direito equitativamente repartido por toda a comunidade. “A moralidade do trabalho é uma moral dos escravos e o mundo moderno não tem necessidade de escravatura”. O tempo livre já estava acessível a toda a civilização. Todavia Russel considerava que a capacidade de usar esse mesmo tempo livre apresentava-se agora como um teste para essa mesma civilização.

espaço e duração, dando origem “a novas e múltiplas formas de mobilização da força de trabalho”, com inevitáveis influências nas outras esferas da vida (Duarte, 2003: 163).

Para compreensão do presente trabalho deveremos ter assim presente que a definição de trabalho é “uma definição social, própria da nossa sociedade e do nosso tempo. É necessário ter em conta o mundo em que vivemos (...) no qual, o “trabalho” está assimilado com “emprego assalariado”. É o que explica a hierarquia dos estatutos” (Schnapper, 1998: 65). Adoptamos também a definição de trabalho formulada por Freire (1997: 27), na qual o trabalho é entendido como a “actividade deliberadamente concebida pelo homem, consistindo na produção de um bem material, na prestação de um serviço ou no exercício de uma função, com vista à obtenção de resultados que possuam simultaneamente utilidade social e valor económico, através de dois tipos de mediações necessárias, uma técnica e outra organizacional”.

b) O trabalho por turnos e nocturno

De acordo com o Código do Trabalho²⁷, é considerado trabalho por turnos “qualquer modo de organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupem sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o ritmo rotativo, que pode ser de tipo contínuo ou descontínuo, o que implica que os trabalhadores podem executar o trabalho a horas diferentes no decurso de um dado período de dias ou semanas”. Este diploma legal estabelece como “período de trabalho nocturno o que tenha a duração mínima de sete horas e máxima de onze horas, compreendendo o intervalo entre as 0 e as 5 horas”

O trabalho por turnos e nocturno não é um fenómeno novo. Podemos dizer que na sua génese está o aparecimento do fogo, assim como as primeiras tribos nómadas, em que já existia a necessidade de alguns elementos da tribo se manterem acordados e vigilantes durante as horas normais de sono, para zelar pelos seus animais (Regis, 1998).

Também a Bíblia já faz alusão a esse tipo de trabalho “havia vigias nocturnos em Israel” (Isaías 21, 11) e “no nascimento de Cristo já os pastores guardavam os seus rebanhos à noite” (S. Lucas 2, 8).

A invenção da lâmpada eléctrica, por Thomas Edison foi um dos marcos relevantes neste contexto, muito embora este regime de trabalho seja considerado resultante das imposições económicas, sociais e tecnológicas decorrentes da Revolução Industrial. Este intensificou-se com o eclodir da 1ª Guerra Mundial, com a necessidade de produção de munições, num sistema de laboração contínua, em que o tempo subjectivo e natural era agora substituído por um novo tempo,

²⁷ Artigos 188º e 192º da Lei nº99/2003 de 27 Agosto – Código do Trabalho, estabelecem a noção de trabalho por turnos e trabalho nocturno respectivamente.

o tempo social (Borralho, 2000).

O trabalho por turnos apresenta-se assim, como uma realidade nas nossas sociedades, motivado por razões de natureza económica e técnica a par do atendimento das satisfações básicas da sociedade durante um contínuo de vinte e quatro horas. Exemplos disso são os serviços ligados à saúde, segurança, abastecimento de água, electricidade, etc. O tempo nocturno tornou-se uma oportunidade para a rentabilização da produção. Tempo apresenta-se como sinónimo de dinheiro e é considerado com a mesma rentabilidade do espaço e dos recursos naturais. Nesta óptica as sociedades modernas tudo fazem para ter mais pessoas acordadas a maior parte do tempo, sendo implementados nesses sentido os mais diversos sistemas de trabalho por turnos, visando assegurar ao longo do contínuo das 24 horas, a indústria, o comércio e os serviços (Silva, 1999).

Estas novas formas de trabalho apresentaram-se desde logo com repercussões a vários níveis; desde a saúde à própria família. A sucessão dos dias de trabalho passa a ser estranha ao nascer e ao por do sol. O trabalho familiar esvaziou-se, os campos e pequenas unidades económicas familiares foram abandonadas em prol das fábricas. A família deixa de ser fundamentalmente um local de rentabilidade económica, tornando-se mais um puro lugar de afectos. A vida familiar estabelece-se agora, num emaranhado complexo de factores institucionais, em que o modelo de organização familiar se encontra dependente dos meios e relações de produção, com todas as consequências que daí advieram, nomeadamente a modificação do tipo de unidade familiar, enfraquecimento gradual dos sistemas tradicionais de controlo familiar, entre outros (Costa, 1992: 63-65; Leandro, 1995; Saraceno, 1997: 165; Moore, 2002: 43-44; Goode, 1970: 175-178; Barrère- Maurisson & Marie-Agnés, 1992: 7-9). A este propósito, William J. Goode (1970: 171) escreve que “uma noção aceite pelos cientistas sociais é a de que a mudança tecnológica ou industrial é o grande factor de mudança familiar.”

O sistema de trabalho por turnos apresenta uma grande diversidade de tipos e modelos, encontrando-se estes associados às necessidades a debelar. Dentro destes há duas formas básicas de turnos: os permanentes²⁸ e os rotativos²⁹ (Regis, 1998; Martinez e Oliveira, 1997; Silva, 2000). Consoante o trabalho abarcar ou não o fim-de-semana, os turnos podem ainda se considerados contínuos ou descontínuos respectivamente (Silva, 1999: 9). Numa mesma empresa pode verificar-se a presença de várias escalas com modelos diferentes.

É com frequência associado a esta modalidade de trabalho desordens fisiológicas e

²⁸ Os turnos permanentes são aqueles em que o trabalhador tem um determinado horário de trabalho, durante pelo menos um período da sua vida, trabalhando por exemplo só durante dia ou no turno da noite.

²⁹ Nos turnos rotativos cada trabalhador efectua as suas tarefas em vários turnos, em alternância, ao longo do dia, podendo ou não implicar o período nocturno. A forma de rotação dos turnos, pode ser mais ou menos rápida, consoante a frequência da mudança de turno. Também o número de horas diárias de serviço, assim como o sentido da rotação dos turnos, considerado em função do sentido de deslocação dos ponteiros do relógio, é variável (manhã- tarde- noite, manhã-noite-tarde, etc.)

psicológicas a par de desgastes na vida social e familiar do trabalhador, o qual se apresenta neste contexto como o elemento principal do processo de trabalho, as quais se expressam a curto, médio e longo prazo através de perturbações na qualidade de vida do trabalhador e da sua família, na saúde do próprio trabalhador, na qualidade e segurança do trabalho prestado e consequentemente na sua capacidade para o trabalho, (Fischer, 1997 cit in Martins 2002; Moreno et al., 2003).

Também associado ao trabalho por turnos e em especial nocturno temos aspectos ligados à segurança individual e pública, na medida em que o desempenho de determinadas tarefas sob constrangimentos de horário, nomeadamente durante a noite, podem levar a graves acidentes e incidentes no trabalho. Vários trabalhos publicados revelam frequências de respostas e erros diferenciados ao longo do período de 24 horas, nomeadamente, a velocidade de responder a chamadas telefónicas, frequência nos erros de leitura de instrumentos, frequência de adormecimento ao volante, entre outros, apresentam uma maior tendência a apresentar piores resultados e maior número de acidentes durante a madrugada e começo de tarde (Moreno et al., 2003: 36; Folkard e Hill, 2000).

O desencontro entre ritmos biológicos e horários de trabalho podem conduzir a uma diminuição significativa dos níveis de alerta dos trabalhadores e acentuar os sintomas de fadiga considerada como uma das queixas frequentemente apresentadas por partes dos trabalhadores por turnos, a qual, pode potenciar a ocorrência de acidentes de trabalho. É referido por vários autores que nas últimas décadas grandes catástrofes como Chernobyl, Challenger, entre outras, tiveram início nas primeiras horas da manhã, com erros praticados por pessoas que haviam estado muitas horas de serviço (Folkard e Hill, 2000: 11; Mitler, Carskadon, Czeiler et al. (1988), citados por Regis Filho,1998).

Outros estudos também têm revelado que o risco de acidentes cresce à medida que o número de horas de trabalho nocturno aumenta, recomendando que o período de trabalho não exceda as 8 horas (Nachreiner, 2000).

Também o aumento do tempo de trabalho desempenhado em sistema de turnos e nocturno, o aumento da idade aliado à modificação de certas características dos ritmos biológicos associadas à tolerância ao trabalho por turnos, as diferenças de género, as próprias características individuais de matutinidadade ou vespertinidadade, a par de características de personalidade (neuroticismo, extroversão), são factores que interferem no desempenho do trabalho por turnos e consequentemente na saúde do trabalhador, conduzindo em muitas circunstâncias a um envelhecimento funcional precoce (Moreno et al, 2003; Smith, 2000, Costa e Parkorski:2000).

c) A Noção de saúde

Não foram apenas as expectativas da sociedade e os seus comportamentos relativamente ao trabalho que mudaram ao longo dos tempos, o mesmo se verificou face à ideia de saúde e de doença. Estes estados da vida humana contemplam para além de aspectos naturais, fortes ligações culturais. A saúde, deve ser entendida não apenas como um mero conceito físico mas como um conceito socialmente definido, encontrando-se dependente das expectativas e padrões da sociedade, tal como a doença. Esta não se apresenta aleatoriamente, reflecte porém as grandes divisões da sociedade. Por tal, considera Moore (2002:274) que “a resposta para curar doenças reside em curar a sociedade, e não o indivíduo”.

Ao longo dos séculos foram muitas as enfermidades que assolaram o mundo. De acordo com o modelo cíclico de transição epidemiológica apresentado por Abdel Omran, o primeiro período do ciclo caracteriza-se pela presença das epidemias e fomes . O segundo período é caracterizado pela presença massiva das ditas doenças letais. Um terceiro momento é assinalado pela “instalação” das chamadas doenças degenerativas. Uma quarta fase é adiantada por Henri Picheral a da regressão das doenças crónicas como causa de mortalidade. Tal, não significa que a mobilidade correspondente tenha diminuído, traduzindo-se a sua manifestação num processo flutuante: estabilizam-se ou reduzem-se os impactos destas doenças ao longo de certos períodos da vida, no entanto, tais efeitos ressurgem com vigor mais tardiamente. Marcel Drulhe acrescenta à lista, uma quinta fase, a das “sociopatias” (Drulhe, 1996: 23-27).

Refere Philippe Adam e Claudine Herzlich (1994: 18-19) que as doenças crónicas da actualidade na sua maioria podem perdurar por uma parte considerável da vida de um indivíduo ou até durar a vida inteira. Isto, faz com que o indivíduo e a sociedade se adaptem a elas, fazendo inclusive o doente da doença um modo de vida.

Tal como é referido por muitos autores, num vasto número de estudos, saúde e doença devem ser entendidas como o resultado de questões culturais, temporais, geográficas e económicas, devendo ainda ser tidos em consideração a idade e o género. Cada doença apresenta uma história e cada época é marcada pelas suas doenças, não podendo pois, ser encarada como aleatória, individual e simplesmente biológica uma vez que reflecte as grandes divisões da sociedade (Rodrigues, 1993: 29; Moore, 2002: 273,278-289; Herzlich 1996: 34- 59; Drulhe: 1996: 55-124; Drulhe, 2002: 21-30; Cartwright & Biddis, 2003)

O ser humano ao longo dos tempos sempre tentou procurar explicações e interpretações para dar um sentido ao seu mal-estar, contextualizando-se estas, nas representações que a sociedade de então apresenta perante a saúde e a doença. A doença ultrapassa os limites do corpo, configurando também as relações do indivíduo com a sociedade. A linguagem utilizada, a própria

interpretação do sentido da dor, varia consoante a cultura em que o indivíduo está inserido³⁰ (W.C.Abreu, 2003; Pereira, 1987).

A saúde pode inclusive ser vista como um bem económico, apesar de não ser um bem disponível no mercado. Cada indivíduo possui um stock em termos de saúde que se vai depreciando ao longo do tempo, até com o próprio processo natural de envelhecimento. No entanto, cada indivíduo pode contribuir “inputs”, considerado um investimento para aumentar esse referido stock.

Neste contexto, o indivíduo no seu dia-a-dia pode adoptar comportamentos que visem o benefício da sua saúde, com sejam todo o conjunto de práticas diárias que visam a promoção da saúde (alimentação, actividade física, procura de cuidados médicos, etc.) ou pelo contrário, entregar-se a actividades que consumam o mencionado stock de saúde como o tabagismo, alcoolismo, consumo de drogas, entre outras. Por vezes, existem factores de certo modo exógenos ao indivíduo que o empurram para esta situação, refere-se nomeadamente más condições de trabalho (Silva, 2003: 58-59). Corroborando esta ideia Dejours (1985: 21) escreve que “a saúde não vem do exterior (...); a saúde ganha-se, conquista-se e defende-se; a saúde não é estado de estabilidade não é mesmo um estado, é qualquer coisa que se modifica constantemente; a saúde é uma sucessão de compromissos com a realidade, que se renegocia, que se perde e que é preciso ganhar novamente”.

Também Stuart Mill (1997: 20; 1976: 29) considera que “cada um de nós é o guardião da sua própria saúde, seja ela corporal, mental ou espiritual”. Para o autor, a doença, considerada como “o mais obstinado dos inimigos, poderá ser indefinidamente reduzida nas suas dimensões, por uma boa educação física e moral e um controlo adequado das influências nocivas.”

O progresso da ciência tem vindo a desempenhar um aspecto importante na luta contra esse detestável inimigo.

Na carta da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985) a saúde é definida como sendo “um estado de completo bem estar - físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição de acordo com Paulo Nossa (2001: 100) apresenta-se com um significado, para além de “abrangente e ambicioso um tanto utópico”.

Reportando-se à definição da OMS, Maria Engrácia Leandro (2002: 2) refere que a saúde não pode ser entendida como um conceito estático mas sim imbuído de dinâmica que, embora “continuando a ser noção aliada ao vivido e ao provisório, está sujeita a transformações contínuas relacionadas com as funções do próprio organismo, das práticas de saúde preventiva, da sua relação com o meio envolvente e até com as características dos próprios sistemas de saúde (...)”.

³⁰ Wilson Correia Abreu (2003) mostra-nos como a mutilação genital feminina, e consequentemente a dor associada a esta prática é encara de formas diferentes, perante várias culturas.

Esta autora, de um modo mais pragmático diz que “a noção de saúde não se confina, actualmente, nem no normal, nem no bem-estar ou na oposição à doença. Ela consiste, antes, num sentimento de plena capacidade para se adaptar às novas necessidades fisiológicas, psíquicas, simbólicas e sociais.” (Leandro, 2001: 75). Também a este propósito Felismina Mendes (1996: 170) escreve que autores como Herzlich, ligado a estudos sobre a representação social da saúde e da doença, mostram que as representações que os indivíduos elaboram sobre a saúde e a doença se afastam da definição da OMS, na medida em, reflectem os universos práticos e simbólicos dos seus grupos de pertença. Dejours (1985: 18-21) também de forma discordante com a definição da OMS vem afirmar que a “saúde é para cada homem, mulher ou criança ter meios de traçar um caminho pessoal e original em direcção ao bem – estar físico, psíquico e social”

Numa outra perspectiva, Nietzsche (2004: 296) diz que “não é adequado falar de contraste entre saúde e doença, quando afinal se trata de uma questão de graus... dado que nós somos relativamente doentes”.

Hipócrates (460 a.C.) considerava que a doença residia em causas naturais³¹. Este autor baseou-se na *teoria dos quatro humores*³² para justificar a saúde e explicar a doença. Neste contexto, a doença apresentava-se como o resultado do *desequilíbrio dos humores*. O facto de apresentar boa saúde ou ser fustigado pela doença era apenas associado ao *fatum* que se abatia sobre o indivíduo e sua família. Perante algumas doenças em particular as epidemias, era no sobrenatural que se encontrava a sua explicação. Estas eram uma espécie de sanção moral (Leandro, 2001: 75; Graça, 2000: 73; Adam e Herzlich, 1996: 25; Hipócrates 1994)

Galeno apresentara no entanto outra concepção da ideia de saúde e de doença. Este, tinha uma concepção organicista da doença, considerando que, os vários sintomas de doença poderiam ser estudados e individualmente tratados, dependendo esse tratamento dos órgãos afectados pela doença (Graça, 2000: 73)

Por sua vez, o cristianismo identificava o doente com o pecador. O pecado era encarado como fonte primitiva de todos os males e a doença da alma é que provocava a doença do corpo. O doente com o seu sofrimento tentava assim obter a misericórdia. As enfermidades e doenças apresentavam como o justo castigo para as revoltas e infidelidade humanas. A cura surgia como acto de intervenção miraculosa. A doença encontrava-se quase sempre associada à morte e como tal algo inelutável, que transcendia a vontade humana. Era algo que só *Deus* poderia curar. Ainda hoje, no seio da religião católica há o apego a *santos milagreiros e/ou protectores* relativamente a

³¹ Hipócrates justificava a impotência da tribo dos Citas devido ao facto destes praticarem permanentemente a equitação, o que lhes provocava tumefacção nas articulações (Hipócrates, 1994: 119-121)

³² O corpo humano, tal como o universo, era influenciado por quatro elementos fundamentais: o fogo, a água, a terra e o ar, encontrando-se ligadas a estes elementos quatro qualidades a saber: o quente (fogo), o frio (água), o seco (terra), o húmido (ar). A saúde resultaria do equilíbrio de quatro humores, sendo que cada um seria proveniente de uma determinada parte do corpo humano estando-lhe associadas diferentes qualidades

certas doenças (Senhora da Saúde, Senhora dos Remédios, Senhora dos milagres...). Até mesmo não crentes procuram nos santos e outras formas de intervenção das forças divinas explicação e resposta perante aspectos para os quais a ciência e a técnica não conseguem encontrar resposta. (Leandro, 2001: 70,71; Cartwright e Biddiss, 2003: 26-30; Graça, 2000).

Por sua vez a saúde era encarada como um dom, restrito a determinadas pessoas, tais como os justos, as crianças, as humildes, as pobres entre outros (Houtaud, 1998: 29).

Para a cultura muçulmana a doença é considerada como pertencendo à “ordem da negação, da ausência” para a qual a cura “ depende mais de disjunções e de adições do que de subtracções”, pelo que a cirurgia, a sangria, usada outrora, são práticas proibidas ou mal vistas pelo islão, na medida em que, para os muçulmanos a perda de sangue torna o homem impuro. Tal não acontece com formas de tratamento que de algum modo se traduzem num acrescentar, como por exemplo medicação (Laplantine, 1991: 27-28).

A saúde e doença também são vistas de formas diferentes, consoante as várias perspectivas sociológicas.

Os funcionalistas preocupam-se com as implicações da doença no funcionamento da sociedade e com o modo como a sociedade lida com a doença.

Stephen Moore, (2002: 277) refere que o sociólogo funcionalista Talcott Parsons, atribui uma maior importância aos aspectos sociais da doença do que aos biológicos. Este sociólogo vê a doença como uma forma de *desvio*, na medida em que, esta impede a pessoa doente de desempenhar o papel que a sociedade espera dela, daí que a doença deve ser controlada. Para os funcionalistas a pessoa doente deve assumir rapidamente o seu papel social, o *papel de doente*, isto é, deve adoptar as atitudes e comportamentos socialmente esperados face a este estado. Considera-se que estas pessoas não sendo responsabilizadas pela sua situação e sendo libertadas das suas responsabilidades quotidianas, são obrigadas a tudo fazer para ficarem, o mais rapidamente possível, aptas a desempenhar o seu papel normal na sociedade. Neste contexto, a procura de assistência médica e medicamentosa junto dos profissionais de saúde e o cumprimento rigoroso das suas indicações é inevitável. Os médicos apresentam-se, neste âmbito, com um papel importante, senão decisivo. São eles que vão desencadear o tratamento da doença e atestar as ausências justificadas ao trabalho (Schaefer, 2006: 413-414; Moore, 2002: 275-276).

Durkheim, na sua obra *A divisão do trabalho social* refere-se à saúde como algo sob o qual detemos toda a propriedade “ sou proprietário do meu corpo, da minha saúde, da minha honra, da minha reputação, da mesma maneira que das coisas materiais que me estão submissas” (citado por Houtaud, 1998: 149).

Na perspectiva da abordagem inter accionista a pessoa doente não apresenta um papel passivo relativamente ao diagnóstico do seu estado de saúde. Perante um auto diagnóstico feito

pelo doente sobre o seu estado de saúde, este solicita ajuda, junto dos profissionais da saúde, ajuda para decidir se está *realmente* doente ou não. O papel desempenhado pelos profissionais de saúde neste contexto, é imprescindível. A eles está afecto o poder de confirmar que a pessoa se encontra realmente doente. A este acto seguem-se um conjunto de consequências: a pessoa doente goza da prerrogativa de ficar algum tempo sem trabalhar, da compaixão por parte dos outros e de poder mais cuidados de saúde, nomeadamente tratamentos hospitalares (Schaefer, 2006: 415-416; Moore, 2002: 277).

Para os marxistas, os aspectos relacionados com a saúde e a doença inscreve-se nas necessidades do capitalismo, estando intimamente ligados com a necessidade de mão-de-obra saudável. Os cuidados de saúde embora considerados por reivindicação dos trabalhadores, diminuem à medida que as tecnologias substituem o homem. Os profissionais de saúde são vistos como filtro *para os patrões*, que distingue os *genuinamente doentes* dos outros, os que não querem trabalhar. Stephan Moore (2002: 277-278) refere que “ para os marxistas a saúde, pode ser... definida como a condição através da qual é possível continuar a trabalhar eficientemente. “

No contexto da temática saúde e doença, de acordo com a teoria do rótulo os médicos apresentam-se como as únicas pessoas detentoras do poder de atribuir o rótulo de doente a uma pessoa. Tal como vem sendo referido, os rótulos associados à doença *remoldam a forma como os outros nos tratam*, chegando por vezes perante determinadas doenças, a funcionar como *status* - mestre, face aos restantes aspectos da vida do indivíduo. Neste contexto é fulcral a cultura em que vivemos (Schaefer, 2006: 416-417). Cita-se, por exemplo, actualmente, o caso do HIV. Após o reconhecimento da doença seguem-se algumas consequências que podem ser nefastas, como sejam: algum tempo sem trabalhar, a compaixão por parte dos outros assim como tratamentos hospitalares ou outros cuidados de saúde, os preconceitos, o medo do contágio, quase sempre uma menor incapacidade de trabalho, uma menor esperança de vida, menos relações sociais e... (Moore, 2002: 276-277).

De acordo com a perspectiva hermenêutica (arte da interpretação) em relação à saúde e à doença, fortemente influenciada pelas ideias de Gadamer³³, “ a saúde fica escondida por boa parte do tempo, revelando-se através do bem-estar (...) coincidindo com o ser no mundo, com a satisfação de ter uma vida activa.” Esta situação acaba por não suscitar o nosso interesse, tal como acontece com o surgimento da doença. De acordo com esta perspectiva o doente para ser tratado tem de ser encarado não somente numa dimensão biológica, tal como acontece na perspectiva biomédica, mas é necessário ser visto na sua totalidade e no mundo que o rodeia, na medida em que reflectem e vi venciam uma experiência subjectiva da doença. Esta abordagem suscita uma

³³ Citado em Camprara, 2003. É considerado o pai da hermenêutica contemporânea.

forma de tratamento da doença resultante dum misto dos instrumentos técnicos e diagnósticos a par da análise do ser humano na sua totalidade (Camprara, 2003).

No contexto da abordagem biomédica³⁴ sobre a saúde e a doença, a mente encontra-se separada do corpo, assemelhando-se este a uma máquina, em que os seus órgãos são vistos individualmente. Ao remover a disfunção de um determinado órgão restabelece-se o bom funcionamento do corpo e com isso a saúde, tal como na máquina, cabendo ao médico diagnosticar e tratar o problema (More, 2002: 274-275; Pereira, 1987: 185). No modelo biomédico, tal como refere Susana Duarte (2002: 32) “a doença é definida em função de parâmetros biológicos (...) a atenção desvia-se do doente para a doença; assiste-se à desvalorização dos problemas referenciados como da “vida”, e a experiência subjectiva da vida é igualmente menosprezada”.

A saúde é representada através da equação “doente menos doença” ou da expressão de Leriche, em que “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (Abdelmalek e Gérard.1995:22-23). Este modelo, é alvo de muitas críticas. Engel (1977), citado por (Pereira, 1987: 185) considerava-o “reducionista”, na medida em que, de acordo com os parâmetros biomédicos, “a linguagem físico-química é considerada suficiente para explicar fenómenos biológicos”. Por outro lado, nas ditas doenças somáticas ou orgânicas a doença é facilmente identificada pelo médico tendo em conta os sintomas e sinais físicos da mesma. Tal não se verifica nas doenças psiquiátricas ou emocionais, em que não existe lesão física visível. Porém, o “paciente sofre de sintomas muito reais” (Cartwright & Biddis, 2003: 217-218).

Sabemos que não raras vezes associado a doenças orgânicas, como sejam por exemplo o cancro ou a sida, entre outras, estão associados determinados distúrbios psíquicos. Também alguns acontecimentos ou formas de vida, nomeadamente desemprego, morte de familiar, problemas laborais, trabalho por turnos, etc., podem desembocar em sintomas de doença, que não está necessariamente relacionada com aspectos puramente físicos ou psiquiátricos. Destrate, o doente só poderá ser entendido com a análise de outras variáveis para além das biológicas, nomeadamente psico – sociais. Nesta perspectiva Cartwright & Biddis (2003: 217) afirmam que “ (...) toda a doença é, em maior ou menor grau, psicossomática³⁵”. Os aspectos psicossociais da doença apresentam relevância não apenas no significado social e pessoal da doença mas também no próprio risco de adoecer. De acordo com este modelo, o doente tem de ser encarado de uma forma holística, devendo ser considerados todos os outros factores associados à doença: biológicos, psicológicos, comportamentais e sociais.

³⁴ Relativamente a este assunto ver, Nossa, 2001:102-106.

³⁵ Estes autores ilustram o aspecto psicossomático da doença com as vivências de Napoleão e de Joana d’Arc.

Muito embora na língua portuguesa, as várias dimensões da experiência que atravessa o estado de doença sejam apenas representadas por uma única palavra, a doença na língua inglesa é designada por três termos: *disease*, *ilness* e *sickness* ³⁶ para definir esse estado, as quais se prendem com fenomenologias particulares, de natureza física, biológica e fisiológica, de natureza psicológica e de natureza social, respectivamente. Graça Carapinheiro (2004: 50) refere que estes termos “comportam a possibilidade de estratificar os vários planos da experiência, do sentir e do viver a doença, que concentram as percepções, as representações e as experiências práticas de a socializar num corpo, que não é só entendido como um corpo com órgãos.

Houtaud (1998: 240, 241) apresenta a *esperança de vida* como um indicador de saúde, na medida em que considera que os conceitos de vida e de saúde estritamente ligados, muito embora tenha que ser tido em consideração as doenças graves e outros handicaps.

d) Saúde e trabalho

Cruz, Noriega e Garduño (2003) num estudo relacionado com trabalho doméstico, trabalho remunerado e saúde, obtiveram como resposta à questão o que é a saúde, expressões como “sentir-se bem”, “harmonia entre mente e corpo”, mas sobretudo “como possibilidade de fazer actividades normais”. As mulheres para além dos aspectos físico e mental apresentam ainda na concepção da saúde/doença um campo espiritual, reduzindo os homens estes conceitos apenas ao sentir-se bem e ficar impedido de trabalhar.

Por sua vez, Queiroz (1992:345) obteve como definição da noção de saúde, junto das pessoas entrevistadas, no âmbito do seu estudo sobre representações sobre a saúde e a doença citações “ como sendo integração individual na sociedade, envolvendo o cumprimento de tarefas entendidas como obrigatórias para o indivíduo”. A doença “era vista como um evento que torna o indivíduo inapto para executar as actividades sob a sua responsabilidade, principalmente no que se refere ao trabalho”.

As conclusões do trabalho realizado por Felismina Mendes (1996) junto de um grupo de professores universitários acerca das representações sociais sobre a saúde e da doença confluem na relação destes estados com a capacidade para a função de trabalho, sendo que a saúde é sempre concebida em função desta. A saúde e o trabalho emergem interligados na vida, como valores fundamentais.

³⁶ (Laplantine, 1992:19-21; Nossa, 2001:113) *disease*, significa a doença tal qual o saber médico a apreender cientificamente diagnosticada; *ilness*, refere-se à doença subjectivamente sentida a doença tal como o doente a sente; *sickness* designa um estado bem menos grave e mais incerto do que o precedente, como o enjoo e em geral a má disposição.

As conclusões dos trabalhos atrás focados deixam patente, tal como refere Marc Ferro (1998: 80) que a relação do ser humano com o trabalho “constitui o eixo principal da relação dos indivíduos com a ordem social”.

Na relação trabalho -saúde devem de ser considerados não exclusivamente a acção de agentes patogénicos sobre o corpo do trabalhador mas também as relações sociais existentes nos processos de trabalho (Ribeiro et al.2002).

O local de trabalho não representa somente o cenário espaço temporal onde os indivíduos são expostos a riscos de acidente, a produtos nocivos para a saúde ou a constrangimentos de produtividade. É também o local onde o indivíduo trabalhador exterioriza, ou esconde a sua doença, real ou imaginária perante os que o rodeiam. É aí que ele se esforça por falar ou por esconder, diminuir ou acentuar os seus problemas de saúde com o objectivo de que os seus colegas e superiores o compreendam como ele deseja ser compreendido.

O sentido de estar doente perante o local de trabalho, superiores e colegas, está dependente da criação social em volta da doença, podendo esta traduzir-se num rótulo negativo para o indivíduo, dependendo da interpretação que estes fizeram daquela. Pode ocorrer que o entendimento destes seja diferente da auto -rotulagem que o indivíduo criou, isto é, do reconhecimento que a própria pessoa fez do seu problema, que define como doença.

O acordo ou conflito nesta interpretação vai depender da visibilidade da doença e a sua interferência perante capacidade física do indivíduo face às exigências da actividade profissional. Assim, a convicção dos outros sobre a realidade da doença e a suas limitações são determinantes na atribuição de sentido à doença, como realmente incapacitante.

O médico neste momento detém um papel fundamental ao definir como doença um conjunto de sintomas apresentado pelo indivíduo, muito embora a percepção deste seja contudo diferente da defendida pelo paciente. Se a pessoa for considerada doente pelo médico vão seguir-se determinadas consequências. A situação descrita vai criar um clima de suspeição ou de confiança no local de trabalho relativamente a um determinado indivíduo, ao ponto da interpretação *à priori* feita pelos colegas e superiores sobre o indivíduo que se diz doente, orientar julgamentos futuros, muito embora outros critérios possam progressivamente vir a ser tidos em consideração. O atestado médico, no contexto atrás descrito, só por si, não apresenta credibilidade total, não deixando contudo de ser um aspecto muito importante e até imprescindível, na medida em que, o rótulo de doente, apresentado neste documento, pode funcionar como pretexto para justificar outras situações e outros comportamentos (Drulhe, 1999: 301-319; Nossa, 2001: 112; Moore, 2002: 273-276).

Abdelmalek e Gérard (1995: 260) consideram que “a experiência da doença ultrapassa o plano do orgânico, tem incidências sobre toda a vida do indivíduo doente, sobre a sua relação com

os outros, sobre o seu estatuto no grupo social, parecendo que a inactividade constitui a experiência mediadora entre a realidade orgânica da doença e as suas consequências psicológicas”.

O interesse, por volta de meados no século XVIII, pelas doenças que de algum modo poderiam estar ligadas ao trabalho, surgiu não tanto pelas pressões revolucionárias mas por interesses económicos, pois o homem doente não poderia trabalhar. Estava-se perante uma nova forma de olhar o doente, em especial se este fosse pobre e trabalhasse. A sociedade de então, impunha a obrigação de cada um manter a sua saúde e de cumprir rigorosamente as indicações do médico e normas de higiene, sob pena de a sua recusa ser entendida como uma rejeição do trabalho e como tal, o indivíduo ser considerado como perigoso para a ordem e tranquilidade públicas, motivo pelo qual, teria de ser colocado no hospício ou hospital, pois, na altura doença e pobreza³⁷ eram confundidas (Ferro, 1999: 91-105).

No mundo do trabalho, na Europa³⁸, desde meados do século XX que a ausência ao trabalho com justificação na doença, vulgo absentismo por doença, tem vindo a aumentar. A par da greve a doença surge como uma forma de recusa e indisposição social³⁹, na medida em que, neste processo interagem para além de factores de natureza individual, outros de natureza organizacional e societal (Graça, 1999; Ferro, 1999). Refere Marc Ferro (1999: 115) que neste fenómeno complexo, a doença pode ser considerada como “uma forma de defecção individual a um mal estar -geral”, em que o atestado do médico é indispensável para que por exemplo uma fadiga deixe de ser atribuída à preguiça ou um mal-estar a uma punição divina.

A saúde, a par de outros factores, surge perante a selecção para o exercício de determinadas profissões ou cargos, como um factor importante, muitas vezes decisivo passar ao “apto” (Leandro, 2001: 75). No processo de selecção para a PSP os testes médicos fazem parte de um bloco, tendo a capacidade de excluir um indivíduo tal como as provas físicas ou psicológicas.

Também é frequente sermos confrontados, aquando da contratação de determinados seguros, com a exigência de exames médicos, ficando dependentes as cláusulas e montantes contratados do estado de saúde atestado pelos documentos e exames médicos.

É comum ao doente, na busca da explicação no quadro de vida relativamente às causas do seu mal-estar, colocar o trabalho e as suas condições de exercício como a justificação. (Pereira, 198: 205-206).

³⁷ Foucault (1982: 97) refere que “...no século XIX sobretudo na Inglaterra (surge) uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo de classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas.”

³⁸ Marc Ferro (1998: 113-124) apresenta-nos dados estatísticos sobre esta realidade obtidos em vários países

³⁹ Feshbach e Friendly (1992) citado por M.Ferro (1998: 115-116) referem que em países como a URSS, em que a greve era proibida, em cada dia havia quatro milhões de cidadãos que se declaravam doentes, relativamente aos quais um atestado médico comprovava a sua ausência ao serviço.

Para a compreensão do mal-estar do doente, a trajectória profissional deste é muito relevante, tal como a precariedade ou ausência do emprego. Este aspecto é considerado um indicador importante, na determinação da esperança de vida (Hodebourg, 1998: 141-142).

A par das condições de vida, as condições de trabalho representa um aspecto importante na vida do indivíduo. Os efeitos patogénicos do trabalho, podem revelar-se muito para além do tempo em que este se efectuou, pelo que, um mal estar actual pode não resultar do tipo de trabalho que se está a efectuar mas ter origem, no decurso da carreira profissional anterior, tal como é atestado por inúmeros estudos (Navarro e Elío, 2003: 269-277; Palácios, Duarte e Câmara, 2002: 843-851; Dejours, 1985: 18-21, Duraffoug, 1985: 23; Sulerrot, 1986: 9-11⁴⁰). Este aspecto é reconhecido legalmente, tal como refere Drulhe, (1996: 107-10), testemunhado pelos considerados acidentes de trabalho e doenças profissionais⁴¹.

A este propósito e concentrando-nos na realidade portuguesa actual, tendo por base os dados veiculados pelo Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais também o retrato epidemiológico de Portugal está a mudar. Das doenças do aparelho respiratório, muito comuns no passado, ligadas a trabalhos em minas, começam agora a acentuar-se as doenças provocadas por agentes físicos⁴², onde a surdez e as afecções músculo esqueléticas são as patologias que actualmente mais contribuem para introduzir essa tendência. Concorrem para esta mutação a longa exposição a ambientes ruidosos a que muitos trabalhadores suportaram durante anos, a par do trabalho do trabalho nas linhas de montagem da indústria eléctrica e metalomecânica, ligadas ao sector automóvel, têxtil e de calçado, implantadas em Portugal no início dos anos noventa, caracterizadas por uma predominância de tarefas com movimentos repetitivos, de doenças músculo-esqueléticas, agudizando-se assim, o registo de tendinites (Público, 13 Fevereiro de 2005: 4; Público 28/04/2006, Público, 28/04/2007).

Na apreciação dos factores que concorrem para a degradação da saúde provocada pelas condições de execução do trabalho são de considerar: a dureza do próprio trabalho, exposição a agressões físicas ou químicas, condições de execução de determinadas tarefas que implicam riscos para a saúde, a próprias organização e divisão das tarefas, o ritmo de trabalho, as relações de trabalho, assim como os horários de trabalho irregulares, nos quais se inclui o trabalho por turnos e

⁴⁰ Este autor refere os dados de um estudo desenvolvido em França, entre 1954-1980, 1ª fase, do qual foi visível a relação entre vida de trabalho, longevidade/mortalidade.

⁴¹ Decreto Lei nº100/97, 13 de Setembro - Aprova o regime jurídico dos acidentes em serviço e das doenças profissionais; Decreto-lei nº503/99, 20 Novembro – no âmbito da Administração Pública; artº284 e 310º da Lei n.º 99/2003 de 27 Agosto – Código do Trabalho. Decreto Regulamentar nº6/2001, 5 de Maio – Aprova a lista de doenças profissionais, a partir da qual, o CNPCRP avalia e decide da sua certificação.

⁴² Em 2003 representavam 80% dos certificados de doença profissional presentes ao Centro Nacional de Protecção Contra os Riscos no Trabalho. Em sete anos, de 1997 a 2003, o número de pensionista por doença profissional em Portugal sofreu um aumento de 22%, passando de 18 736 para 23 705. Público 28/04/2007 refere que foi a partir de 2001 que se verificou um aumento do número de doenças certificadas passando-se de 1370 casos em 2000 para 3624 em 2005.

nocturno. Este aspecto é considerado um indicador importante, na determinação da esperança de vida(Durauffourg.1985: 22; Hidebourg ,1998: 141-142).

Apesar dos aspectos que vêm sendo focados, Durauffourg (1985:22) refere que para muitos indivíduos desempregados o trabalho é um a condição essencial para uma boa saúde. Corroborando esta ideia refira-se as conclusões do estudo desenvolvido junto de idosos por Giatti e Barreto (2003), no qual foi registado que, a situação de trabalho se apresenta como um “potente e independente factor preditivo de maior sobrevivência”, sendo que “a capacidade de trabalho e a qualidade de vida” que os idosos apresentavam eram “determinadas, em grande parte, em etapas anteriores da vida”. Dentro deste contexto Durauffourg (1985: 26) escreve que “a actividade do homem um dos meios através do qual se pode construir a sua saúde, sendo a situação de trabalho o lugar fundamental para tal construção”

Muito embora consideremos que o trabalho pode influenciar negativamente a saúde, também não é menos verdade que a ausência deste, a situação de desemprego, está muitas vezes associada a problemas de saúde em especial ligados a distúrbios psicológicos, os quais evoluem amiudadas vezes para certas patologias psicossomáticas. Também é comum surgirem associados à ausência de emprego os ditos comportamentos de compensação, traduzidos por hábitos de vida nocivos, como sejam o caso do tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, abuso de medicamentos e consumo de drogas, os quais são inevitavelmente prejudiciais à saúde (Ferro, 1998: 128-129, Giatti e Barreto, 2003: 760; Drulhe, 1996:11-113; Dejours, 1985: 20; Doray, 1985: 131-134).

O reconhecimento de todos estes aspectos está patente na Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, a 21 de Novembro de 1986, a qual aprovou a denominada Carta de Ottawa, de onde ressaí a ideia de que a saúde é entendida como “um recurso para a vida e não como uma finalidade da vida” (Maia, 2002: 79). Este documento prende-se com questões de promoção para a saúde e com todo um conjunto de acções que visam a sua melhoria, tendo subjacente a noção de que a saúde deve ser encarada de forma holística, como bem-estar físico, psíquico e social. Estas acções abarcam não só a prevenção da doença, como a protecção da saúde e a educação para a saúde. Este derradeiro conjunto de medidas, centrado na “aprendizagem de formas de gerir a saúde no quotidiano e na adopção de formas de vida não lesivas para a saúde física e favorecedoras do bem-estar psíquico, emocional e mental” assumem uma importância central no contexto do trabalho (Nunes, 2002: 213).

A Declaração do Luxemburgo⁴³ de 1997, sobre Promoção da Saúde no Local de Trabalho, apresenta-se como uma espécie de ratificação do que vinha sendo considerado sobre este assunto a

⁴³ As linhas orientadoras desta declaração assentam fundamentalmente nos seguintes aspectos: melhorar a organização e o ambiente de trabalho, facilitar a participação activa e informada dos trabalhadores e empregadores, incentivar o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores e incentivar a tomada de decisões saudáveis. (Maia, 2002: 80)

par de se apresentar como um ponto de partida para imposição da implementação de um conjunto diversificado de estratégias visando melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores nos locais de trabalho, abarcando para tal o empenho conjunto de empregadores, trabalhadores e sociedade em geral.

Em Portugal, a segurança e saúde no trabalho estão reguladas pelo Decreto-Lei n.º.441/91 de 14 de Novembro, revisto pelo Decreto-Lei n.º.133/99 de 21 de Abril. Estes normativos decorrem da Convenção n.º.155 da Organização Internacional de Trabalho (OIT) de 1981, ratificada pelo nosso país em 1985 e da Directiva Europeia 89/391/CEE. O Decreto-lei n.º.26/94 de 1 de Fevereiro, alterado pela Lei n.º.7/95 de 29 de Março e pelo Decreto-lei n.º.109/2000 de 30 de Junho, que estabelece o regime geral de organização e funcionamento das actividades de segurança e higiene no trabalho.

De acordo com os supra referidos normativos legais todos os trabalhadores têm direito à prestação de trabalho em condições de segurança, higiene e saúde, cabendo à entidade empregadora⁴⁴ garantir esse direito, através do desencadear de todo um agregado de actividades tendentes a prevenir ou a eliminar os riscos profissionais e promover a saúde dos trabalhadores. A adopção destas medidas para além do desenvolvimento de recursos e potencialidades geradoras de mais saúde e bem-estar repercute-se igualmente num aumento da produtividade e qualidade de produção, menor absentismo e melhor qualidade de vida (Nunes, 2002).

Também o Conselho da União Europeia, na Recomendação de 14 de Outubro de 2004, relativa às políticas de emprego dos Estados Membros, apresenta como recomendação e prioridade para o nosso país o desenvolvimento de uma estratégia global de envelhecimento activo que elimine os incentivos à reforma antecipada, reforce o acesso à formação e proporcione condições de trabalho adequadas (Conselho da União Europeia, 2004). Nesta linha enquadra-se a aplicação no local de trabalho e no mercado de emprego de práticas laborais, tendentes a aumentar a vida activa do trabalhador e a retardar a sua saída do mercado de trabalho, as quais trarão certamente benefícios importantes tanto para os trabalhadores como para os empregadores (Comissão Comunidades Europeias, COM - 146, 2004).

Também a CRP, no seu artº59º nº1 alínea c) refere que todos os trabalhadores têm direito à prestação de trabalho em condições de higiene, segurança assim como a saúde também se encontra reconhecida constitucionalmente⁴⁵.

No que se refere à aplicabilidade da Directiva Europeia 89/391/CEE à PSP, considerando o

⁴⁴ Relativamente a determinados grupos profissionais como sejam trabalhadores independentes, trabalhadores agrícolas, entre outros, esta tarefa está a cargo do Serviço Nacional de Saúde

⁴⁵ Artº64º nº1 da CRP, “ Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”.

disposto no art.º 2º nº 4 do Decreto-Lei nº.441/91 de 14 de Novembro, este diploma não é impositória para a polícia, considerando que o exercício da sua actividade está condicionado por critérios de segurança ou de emergência.

Assim, constata-se que os locais de trabalho, a par das escolas, dos serviços de saúde, entre outros, apresentam-se com características favorecidas para promover a saúde, considerando que nas sociedades actuais, a vida de trabalho tende a representar cada vez mais, uma percentagem maior, face ao tempo de vida total⁴⁶.

Por outro lado, as condições do ambiente de trabalho e o próprio clima organizacional tanto podem concorrer para melhorar a saúde e a realização pessoal, ou contrariamente ser factores de *stress*, acidentes ou doenças, provocadas ou agravadas pelo próprio trabalho, repercutindo-se os seus efeitos nas relações familiares e sociais e saúde do trabalhador (Nunes, 2002).

e) Saúde e trabalho por turnos e nocturno

Centrando-nos agora no trabalho por turnos em especial o que inclui jornadas não diurnas, é comumente aceite que este sistema de horários de trabalho se apresenta, como um factor de risco para a saúde, a par de ser considerado como um dos aspectos associados a um envelhecimento funcional precoce.

O sistema de trabalho por turnos, em especial o que inclui jornadas não diurnas coloca o indivíduo perante dois tipos de “desvio” face ao funcionamento considerado normal: um está relacionado com aspectos essencialmente biológicos, os ritmos biológicos⁴⁷ em que os horários de vida “anormais” entram em conflito com os ritmos inerentes ao próprio organismo humano, provocando uma dessincronização no funcionamento do relógio biológico, forçando-o a adaptar-se a novos horários. O outro dos “desvios” prende-se com os ritmos sociais⁴⁸, os quais se traduzem em padrões e ciclos de comportamentos que se repetem diariamente (horários de refeições, interacções interpessoais e sociais, horários de trabalho) isto é, com os horários de vida da própria sociedade, sincronizador social, ou seja, a forma como a sociedade se organiza ao longo das 24

⁴⁶ Se considerarmos a idade de aposentação fixada entre os 60 a 65 anos e admitindo que uma parte considerável dos trabalhadores começara a trabalhar entre os 15/16 anos após a escolaridade obrigatória, continuando o ofício até à idade atrás referida, para quem viva em média 70 anos, a trabalhar cerca de 8 horas por dia, o tempo de trabalho deve representar cerca de 45% do tempo de vida

⁴⁷ Os *ritmos biológicos* são funções do nosso organismo que variam no tempo e de forma cíclica, geradas por este espontaneamente (ex.: temperatura corporal, cortisol plasmático, força muscular, atenção, memória imediata e a longo prazo, o sono-vigília, o humor, secreção de enzimas gástricas, etc.). Estes ritmos são influenciados por factores ambientais externos e internos. A sua periodicidade varia entre 20 e 28 horas. Em condições de vida normais, isto é em que há a presença da periodicidade do dia solar, estes ritmos encontram-se sincronizados com os ritmos ambientais e comportamentais, em que o ciclo natural claro-escuro se apresenta como o sincronizador principal. De acordo com a frequência dos ritmos são classificados em: circadianos (apresenta ciclos com uma duração próxima de um dia, 24 horas), ultradianos (ciclos com duração inferior a 24 horas com) e infradianos (com uma duração acima das 24 horas). (Silva, 2000, Silva, et al. 2000, Reinberg, 1981)

⁴⁸ O factor preponderante no estabelecimento dos *ritmos sociais* é o ciclo claro-escuro, na medida em que se apresenta como o maior determinante das rotinas diárias. Pode considerar-se que o padrão de rotinas sociais diário pode ser descrito pela seguinte ordem: sono (durante a noite) - trabalho (durante a manhã e tarde) - tempo livre(desde o fim do trabalho até à hora de um novo repouso. É mediante esta estrutura que está organizada a vida em sociedade (programas televisivos, actividades associativas, recreativas, actividades familiares, acontecimentos sociais, etc) (Silva, et al. 2000)

horas. Este tipo de horário de trabalho “marginaliza” os trabalhadores da sociedade (Silva, 2000: 21).

Estes, ao serem incompatíveis com os do indivíduo levam ao surgimento de problemas psicológicos e de relacionamento familiar e social, na medida em que, qualquer indivíduo na sua vida desempenha vários papéis (trabalhador, marido, pai, cidadão, etc.). Estando o indivíduo sujeito a horários considerados “anormais” terá dificuldade em desempenhar alguns dos papéis atrás indicados, o que conduz inevitavelmente à insatisfação pessoal e à exclusão da forma considerada “normal” de vida em sociedade. Este estado, a médio e longo prazo leva ao surgimento de um estado psicossomático que se manifesta, por exemplo, por perturbações ao nível ao aparelho digestivo e do equilíbrio nervoso, sistema cardiovascular e que com o tempo se podem tornar em doenças declaradas como, por exemplo, úlceras estomacais, depressões nervosas, hipertensão arterial, entre outras a par do inevitável isolamento social (Foret, 1985: 94-99; Costa et al., 2000; Silva et al., 2000; Silva, 2000, Moreno et al., 2003).

Reinberg et al. (1980) citado por Silva (1999: 94), tal como diversos outros estudos sobre esta temática, apresentam como sinais clínicos indiciários de intolerância ao trabalho por turnos perturbações de sono, fadiga persistente, mudanças de humor e do comportamento, problemas digestivos, uso regular de fármacos. Quando o trabalhador pratica outra modalidade de organização de trabalho, mais ajustada aos ritmos biológicos, tende a ocorrer uma reversão na maioria destes sinais clínicos.

As alterações nos padrões de sono são desde logo consideradas, como um dos principais problemas para a saúde, relacionados com o trabalho por turnos em especial nocturno. Nestas alterações são incluídas as dificuldades em adormecer, sono interrompido, pesadelos, despertar precoce e cansaço ao acordar (Silva, 1994; Silva, 2000; Cruz, et al., 1995; Smith, 2000). Neste contexto é necessário ter em conta as características circadianas individuais, isto é, a tendência natural para acordar tarde ou cedo, as quais caracterizam o indivíduo como matutino ou vespertino também designadas como dimensão “cotovia -mocho” (Silva, 2000).

De entre os vários ritmos biológicos referidos o ciclo sono - vigília, é talvez o ritmo circadiano mais conhecido do ser humano. Este ritmo apresenta-se como um eficaz sincronizador dos outros ritmos circadianos. Este ritmo, tal como atrás fora referido é susceptível de ser alterado. Para além das irregularidades nos horários de sono desencadeadas pelo trabalho por turnos e nocturno, interferem também na sua dessincronização factores emocionais, factores de personalidade, factores cognitivos, factores psicofisiológicos (Silva, 1999: 44).

No que se refere aos distúrbios gastrointestinais contribuem para o seu aparecimento a desorganização dos ritmos sociais e familiares, no qual se enquadram as refeições diárias tomadas a horas mais ou menos fixas. O trabalhador por turnos vê-se obrigado a efectuar mudanças nos

seus hábitos alimentares que muitas vezes se traduzem a curto e médio prazo em prejuízos para a saúde física⁴⁹ (Borrvalho, 2000)

Quanto às perturbações cardiovasculares, estudos revelaram existir um maior consumo de tabaco em trabalhadores que trabalhavam por turnos (Knutsson et al. 1986; Costa e Pokorski, 2000). Este aspecto aliado a outros factores stressores desencadeados pelo trabalho a par dos distúrbios alimentares, atrás aludidos, conduz inevitavelmente a problemas de saúde relacionados com doenças cardiovasculares, em particular, doenças coronárias.

Relativamente às perturbações psicológicas aliadas ao trabalho por turnos, em especial nocturnos, estas apresentam como principais indicadores da sua presença atitudes negativas por parte do trabalhador, das quais se destacam a irritação, tensão depressão, dificuldades de concentração e de memória, a ansiedade e todo um conjunto de outras alterações de humor, assim como altos índices de stress. Contribuem para estas situações todo o conjunto de factores psicossociais aliados ao trabalho, como o meio de trabalho, a satisfação no trabalho, a organização deste, as capacidades do próprio trabalhador, as suas necessidades, a sua cultura a par da sua situação pessoal fora do trabalho (Borrvalho, 2000).

O trabalho por turnos é também considerado como uma das situações indutoras de stress profissional⁵⁰ (Albuquerque, 1987).

A par do sistema de organização do trabalho atrás indicado, o grau de responsabilidade, quer relativamente a pessoas, a equipamentos ou outros bens, o ambiente físico, são alguns dos aspectos, que podem ser considerados, como factores que contribuem para o stress, sendo a actividade policial, reconhecida por muitos, como sendo fortemente potenciadora de stress, influenciando este negativamente na saúde dos profissionais dessas actividades, traduzindo-se tal em inúmeras consequências físicas.

Muito embora os efeitos danosos do trabalho por turnos, em especial nocturno, na saúde, afectem indiscriminadamente homens e mulheres, também variam consoante o género, sendo em geral junto das mulheres que as dificuldades são mais sentidas a todos os níveis atrás referenciados, com maior incidência em mulheres casadas e com filhos pequenos (Rotenberg et al., 2001; Broda, 1988: 20; Noriega et al, 2004, Garduno e Marquez, 1995; Cruz, Noriega e Garduno, 2003, Moreno et al., 2003).

Estas deparam-se com uma “dupla jornada de trabalho”, considerando que a sua entrada no

⁴⁹ Costa e Pokorski (2000) referem que estudos epidemiológico sobre desordens gastrointestinais entre trabalhadores por turnos revelaram que a incidência de úlceras pépticas era duas a cinco vezes superior entre os trabalhadores por turnos e em especial com turnos nocturnos.

⁵⁰ De acordo com previsões do Observatório Europeu dos Riscos, o stress será dentro de dez anos a principal origem das doenças profissionais. A Agência europeia para a Segurança e Saúde no trabalho, tendo por base dados de 2005, considera que o stress se apresenta como sendo o segundo problema de saúde relacionado com o trabalho, mais comum na Europa afectando 22% dos trabalhadores da União Europeia. (Carla Aguiar, Jornal de Notícias de 7 Fevereiro de 2008)

mundo do trabalho não foi acompanhada da repartição de tarefas, continuando as actividades domésticas e o cuidar dos filhos, socialmente associados à mulher⁵¹. Tal, implica uma qualidade diferente no quotidiano fora do trabalho, desde logo uma menor disponibilidade de tempo para outras tarefas incluindo o dormir (Kergoat, 1989; Saraceno, 1997: 185-190, Perista, 2002, Barrère-Maurisson, 1994: 401- 419). Neste contexto, e como refere Jàuregui, Egea e Puerta (1998: 373) “ (...) agora é a vida familiar que se tayloriza”.

Para além dos aspectos referidos factores biológicos relacionados com a actividade hormonal da mulher, nomeadamente ciclo menstrual e reprodutivo são significativamente influenciados pelo desempenho do trabalho por turno e em especial nocturno. Tal pode traduzir-se numa redução na fertilidade, no aumento da incidência de abortos e também em efeitos negativos no desenvolvimento do feto, nomeadamente baixo peso à nascença ou nascimento prematuro (Costa e Pokorski, 2000: 78,79).

Contudo, Pulido et al. (2004), concluíram na sua investigação que apesar das dificuldades que mulheres trabalhadoras tinham de enfrentar no seu dia-a-dia, estas apresentavam um maior bem-estar psicológico face às que se dedicavam apenas às actividades domésticas.

Refira-se ainda que, os efeitos prejudiciais do trabalho por turnos, também estão directamente ligados ao aumento da idade, conjugado com o tempo de experiência de trabalho nesse regime.

As modificações fisiológicas decorrentes da idade tornam cada vez mais árduo para o organismo, e para a vida pessoal e social a execução do trabalho em regime de turnos alternados em especial o turno nocturno (Teiger, 1985: 52-56; Silva, 1994; Borralho, 2000, Foret, 2000).

Costa, citado por Moreno et al. (2003: 37), afirma que “a idade favorece uma intolerância progressiva, (ao trabalho por turnos), pois geralmente está associada à instabilidade de ritmos circadianos, distúrbios de sono, depressão e um declínio na capacidade física e na saúde”. Com o envelhecimento alteram-se determinadas características dos ritmos biológicos, ligadas á tolerância ao trabalho por turno. Estudos revelam que com o avançar da idade as pessoas as pessoas têm tendência a tornar-se mais matutinas, preferindo dormir mais cedo do nos seus hábitos anteriores. Estas alterações podem acarretar maiores dificuldades na tolerância ao desempenho do trabalho por turnos nocturno traduzidas num desenvolvimento de problemas de saúde e manifestadas por um envelhecimento funcional precoce.

Apesar das implicações negativas na saúde desencadeadas pelo trabalho por turnos

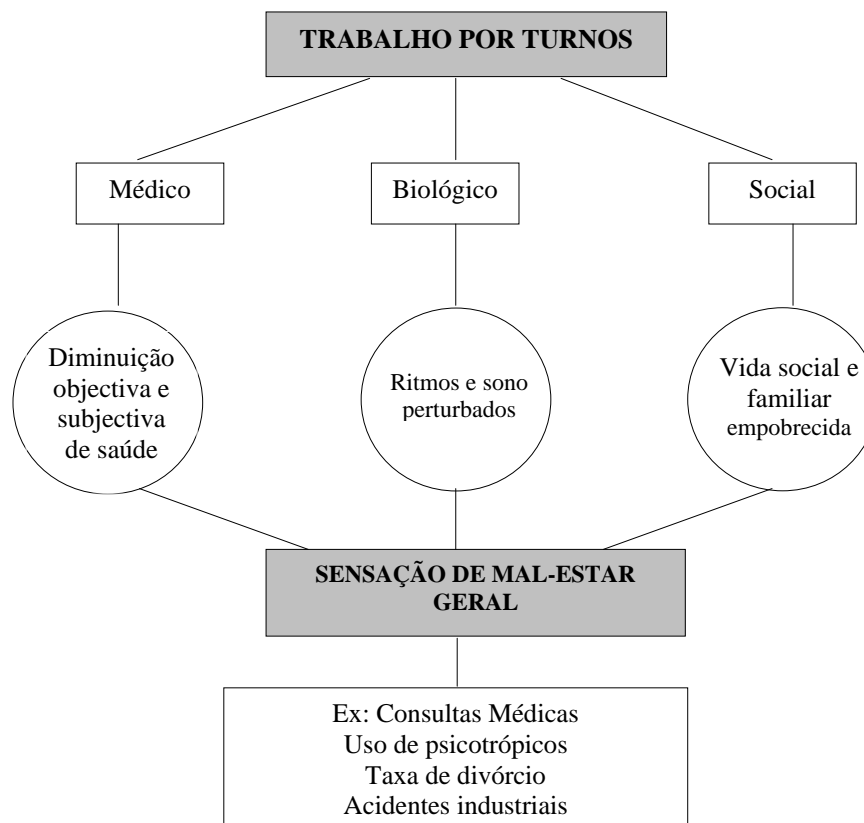
⁵¹ Os resultados do Inquérito à Ocupação do Tempo, Lisboa, INE, 1999, estudo este realizado em vários países da Europa, incluindo Portugal, revelam que em tarefas como cuidar dos filhos, dos idosos e da casa, a participação dos homens é diminuta, dedicando as mulheres em média cinco horas diárias face a duas ocupadas pelos homens (Vicente, 2002: 183). Estes resultados parecem ir em sentido contrário ao referido por A. Torres, citada por Leandro (1995: 85), quando refere que hoje começa a verificar-se aparece uma “simetria de contributos e de participação entre homens e mulheres”.

nocturno, alguns estudos revelaram que embora o trabalho efectuado no período nocturno se apresente mais fatigante e implique maior desgaste em termos de saúde, pode, no entanto, apresentar uma carga psicológica menos densa, na medida em que, normalmente existe menos controlo na sua execução do que no período diurno, pelo que mesmo realizado sob condições consideradas “desfavoráveis”, este pode ser fonte de satisfação, de equilíbrio mental e de saúde (Hodebourg, 1998; Guérin, 1998: 176,177). Vêm de encontro ao descrito os resultados de estudos relacionados com a percepção do índice de capacidade para o trabalho e o exercício da função em turnos nocturnos de Fischer & Metzner (2001).

Como conclusão da apresentação das consequências, por norma, associadas ao regime de trabalho por turnos apresentamos com a Figura 2 o modelo de Folkard, Minors e Waterhouse (1985) – Modelo Conceptual dos Potencias Problemas associados ao Trabalho por Turnos. Este modelo procura relacionar as várias dimensões atrás abordadas e relacionadas com as repercussões do trabalho por turnos na saúde e na vida do trabalhador (Silva, 2000:23).

Figura 2 – Modelo Conceptual das Consequências do Trabalho por Turnos

Modelo de Folkard, Minors e Waterhouse (1985)



Podemos assim dizer, tal como refere Marc Ferro (1999: 77) que, o estado de saúde se apresenta como “ um indicador da reacção dos indivíduos às mudanças de vida a que estão submetidos (...) a doença torna-se um sintoma do mal-estar social”.

f) A Capacidade para o trabalho

Podemos definir capacidade como qualidade de quem é capaz, que tem aptidão ou talento. Esta qualidade com que o trabalhador realiza as suas tarefas está directamente ligada à sua saúde física e mental.

Williams (1997), citado por Meira (2004: 7) considera que, "a capacidade para o trabalho significa a aptidão do trabalhador para desempenhar as suas funções", influenciando nesta o estado geral de saúde física e mental do indivíduo a par de aspectos específicos relacionados com o trabalho, nomeadamente aspectos organizacionais, motivação e satisfação pessoal, entre outros.

Para Sell (2002), citado por Meira (2004: 7), "a capacidade de uma pessoa para realizar trabalho expressa o conjunto de condições físicas, mentais e psicoemocionais de que dispõe e que são necessárias para a execução de tarefas de trabalho".

Nesta esteira, consideramos que deve existir uma preocupação constante na procura do equilíbrio entre as exigências do trabalho e os factores de perturbadores da saúde e relacionados com o mesmo, e a capacidade do próprio trabalhador, tendo em vista a optimização da sua capacidade funcional e da saúde, o que se traduzirá certamente num aumento da sua eficiência produtiva. Para estes resultados são também determinantes, a adopção por parte do trabalhador, de um estilo de vida saudável (Bellusci et al., 1999).

Assim, consideramos que seria importante a avaliação periódica da capacidade para o trabalho dos trabalhadores, tendo em vista a identificação de factores que podem estar a perturbar a sua decadência, de forma a ser desencadeada uma intervenção na prevenção dos danos na saúde do trabalhador e no seu consequente envelhecimento funcional precoce.

De entre os dados passíveis de serem obtidos a partir de diferentes fontes sobre a capacidade para o trabalho, a própria concepção de capacidade de trabalho por parte do trabalhador reveste importância semelhante à efectuada por especialistas e neste contexto Ilmarinen (1991), citado por (Silva et al, 2000) baseado nos resultados obtidos de estudos efectuados em 6500 trabalhadores de diversos grupos profissionais, criou um "instrumento" utilizado para tal fim, denominado de *Work Ability Index (WAI)* e posteriormente validado pelo Finish Institute of Occupational Health. Os resultados desse questionário são traduzidos por um índice que pode variar entre 7 e 49, encontrando-se associado ao mesmo uma *pobre, moderada, boa ou excelente* capacidade laboral, consoante o índice obtido (Silva et al., sd).

O termo *Work Ability*⁵², e com ele as primeiras pesquisas da avaliação do Índice de Capacidade para o Trabalho, doravante designado por ICT, tem sido usado desde 1980, na Finlândia. Presentemente este ICT já foi aplicado em diferentes contextos em vários países.

⁵² Designa capacidade para o trabalho ou capacidade laboral

A capacidade para o trabalho, também apelidada de capacidade laboral, pode ser definida conceptualmente como sendo a “auto-avaliação que o trabalhador faz do seu bem-estar no presente e no futuro próximo e da capacidade para assegurar o seu trabalho tendo em conta as exigências do mesmo, a saúde e os recursos psicológicos disponíveis” (Ilmarinen & Tuomi, 1993 cit in Silva et al. 2000: 332).

Martins (2002: 27) considera que a capacidade para o trabalho pode ser definida como “ a qualidade física e/ou mental com que o homem desenvolve o seu trabalho” a qual é a base do bem-estar para o ser humano e vai-se degradando ao longo da vida, sendo que para tal degradação contribuem muitos factores, não só os ligados a aspectos fisiológicos da pessoa, como a idade sexo, características físicas e psíquicas, alterações do ritmo circadiano, assim como factores ligados ao próprio trabalho.

De entre estes podemos destacar o ambiente de trabalho, a própria comunidade laboral, o conteúdo e forma de realização do trabalho, etc. No que se refere aos factores ligados à pessoa, a saúde apresenta um destaque considerável (Silva et al., 2000).

Neste contexto, os indivíduos cujo índice revele uma pobre capacidade laboral (pontuação máxima de 27), necessitam à partida de adoptar mediadas urgentes para a restituir a mesma, as quais devem passar necessariamente pela análise dos factores de trabalho, tanto do ponto de vista objectivo como subjectivo, que podem estar a contribuir para esses resultados, assim como os estilos de vida. Relativamente aos restantes estados de capacidade laboral, devem ser objecto de análise, tendo em vista identificar o que poderá ser melhorado em cada caso, devendo ser identificados, a cada momento, os factores do trabalho e do estilo de vida que podem pôr em causa a capacidade laboral, com o objectivo de prevenir eventuais prejuízos na mesma (Silva et al., sd).

Verificamos assim, que saúde e trabalho se encontram imbricados na vida do ser humano, considerando este de forma holística, e que a capacidade para o trabalho surge como o resultado do modo como cada um sente e vive, estes dois conceitos a cada momento. Silva et al. (2000: 335) referem que, muito embora o “ICT seja um instrumento de auto - avaliação, a importância da capacidade laboral percebida⁵³ é enorme” na medida em que, “o modo como o trabalhador avalia a sua capacidade para o trabalho tem um efeito importante no modo como lida com a sua vida profissional”. Este instrumento também se apresenta como um preditor, relativamente à capacidade para o trabalho futuro, e como tal de grande utilidade no âmbito da saúde ocupacional.

Ilmarinen (1999), do seu estudo longitudinal de 11 anos, realizada na Finlândia com trabalhadores municipais concluiu que, nos trabalhadores que apresentavam no início um ICT,

⁵³ letra itálico do autor

correspondente a uma excelente capacidade laboral, este foi um bom preditor da continuidade no trabalho com bons níveis de rendimento, ao passo que, os trabalhadores que sentiam a sua capacidade para o trabalho como “pobre”, mantiveram ou agravaram essa situação. Refere este autor que mais de 60% dos trabalhadores com idades entre os 45 e 47 anos, que perceberam, à partida, a sua capacidade para o trabalho como “pobre”, aposentaram-se por incapacidade antes do final dos 11 em que decorreu este estudo longitudinal.

O WAI foi já traduzido em 23 línguas e de acordo com os dados obtidos dos estudos⁵⁴ que têm vindo a ser realizados em vários países, nomeadamente: China, Brasil, Alemanha, Holanda, Áustria, relacionada com a medição do ICT, os resultados obtidos têm-se apresentado sobreponíveis, o que demonstra, tal como refere Silva et al., (2002: 336) “o excelente carácter transcultural do WAI”, pelo que, este instrumento, cria oportunidades para o desenvolvimento de projectos de pesquisas internacionais sobre os efeitos dos vários agentes que interferem na capacidade para o trabalho em diferentes profissões e em diferentes países.

Em Portugal os estudos com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), tiveram início em 2002, sendo ainda reduzidos os dados obtidos com o mesmo. Até 2006 foram obtidos resultados de uma amostra de 1955 trabalhadores de entre enfermeiros, professores, funcionários públicos em serviço em autarquias, trabalhadores das indústrias químicas e metalomecânicas, sendo 788 (39,5%) do sexo feminino e 1167 (60,55) do sexo masculino.

Dos resultados obtidos junto dos vários grupos profissionais verificamos que em geral, tal como a saúde, a capacidade para o trabalho, tende a diminuir com a idade independentemente do género, aumentando essa diminuição a partir dos 30 a 34 anos, sendo mais acentuada a partir dos 50 anos (Silva et al., 2000; Boldori et al., 2005; Walsh et al., 2004; Monteiro et al. 2005). Estas conclusões podem no entanto vir a ser alteradas, considerando o aumento da esperança de as melhorias verificadas ao nível da saúde.

Por outro lado, também as incapacidades laborais avaliadas pelo próprio e diagnosticadas pelo médico aumentam com a idade, sendo mais comuns a partir dos 50 anos (Ilmarinen, 1999), podendo no entanto manifestar-se em faixas etárias inferiores, motivadas pela exposição aos mais variados factores (ambientais, stress, etc.), (Fischer, et al., 2005). A presença de doenças interfere igualmente na capacidade laboral, na medida em que, causam impedimentos no trabalho (Monteiro et al., 2005).

Também, em geral, os estudos revelam que os trabalhadores ao longo da sua vida profissional desenvolveram uma actividade laboral, com uma carga predominantemente “física” tal como bombeiro, carpinteiro, mecânico, empregada de limpeza, etc.), apresentam uma maior

⁵⁴ Em Portugal os estudos desenvolvidos com a aplicação do ICT são ainda muito reduzidos, não sendo assim possível obter grandes conclusões da sua aferição à população portuguesa.

diminuição da capacidade laboral, face aos que desenvolveram actividades “predominantemente “mentais” (professores, empregados de escritório, etc.), na medida em que, as exigências físicas do trabalho predominantemente “físico”, arrastam consigo um maior desgaste em termos de saúde (Ilmarenen, 1999; Martinez e Latorre, 2006; Pohjonen, 2001, citado por Maia, 2002: 93, Boldori et al., 2005).

Tuomi et al. (1997), citado por Pereira (2006: 44) concluíram dos resultados sobre alterações da capacidade de trabalho que a melhoria desta capacidade está relacionada com a diminuição de movimentos repetitivos no trabalho, aumento de actividade física nas horas de laser e melhores atitudes por parte da chefia directa, enquanto que a deterioração da capacidade de trabalho se prendia com falta de reconhecimento e estima, condições inadequadas do ambiente e do tempo prolongado de trabalho e também vida sedentária.

A dessincronização interna, dos ritmos biológicos provocada pelo desempenho do trabalho por turnos e em especial nocturno, é mais um dos factores que influi negativamente, face à capacidade para o trabalho, tal como decorre dos dados obtidos num estudo austríaco, em que foram comparados índices de capacidade laboral entre trabalhadores por turnos nocturnos e diurnos (Ilmarinen, 1999).

Contudo, o estudo de Metzner e Fischer (2001), num estudo transversal sobre fadiga e capacidade de trabalho, realizado junto de trabalhadoras de uma indústria têxtil, que desenvolviam as suas actividades em turnos fixos diurnos e nocturnos, destacam o facto de trabalhadoras do turno nocturno revelarem implicações positivas ao nível do ICT. Tal circunstância deve-se ao facto de a capacidade para o trabalho depender para além de factores ligados à pessoa, isto é recursos do trabalhador, englobar também aspectos dependentes do próprio trabalho, como sejam o ambiente de trabalho, o conteúdo do próprio trabalho e a própria comunidade laboral.

O ICT também tende a diminuir com o aumento do tempo de exercício na função (Metzner e Fischer, 2001; Bellusci e Fischer, 1999; Martinez e Latorre, 2006)

Os estudos desta temática têm ainda demonstrado que por norma, as mulheres trabalhadoras apresentam valores de ICT significativamente menores do que os homens (Walsh et al., 2004; Monteiro, *et al.*, 2007; Pereira, et al., 2002; Bellusci e Fischer., 1999, Monteiro, et al, 2005). Este facto, poderá ser justificado para além de aspectos de natureza biológica, por outros factores relacionados, com a diferenciação de papéis sociais em torno do homem e da mulher no que se refere às responsabilidades familiares⁵⁵. Apesar dos resultados da pesquisa de Monteiro et

⁵⁵ Monteiro et al. (1999) faz alusão a um “interessante estudo sobre género, vida no trabalho e responsabilidades familiares, realizado na Finlândia e Estónia”, o qual obteve resultados diferentes neste países para os factores stressores. Na Finlândia estes factores estavam relacionados com o conteúdo e organização do trabalho e afectavam ambos os sexos, na Estónia eram as mulheres as mais afectadas e as causas estavam principalmente relacionadas com as responsabilidades familiares. Destes resultados decorre que o bem-estar social na Finlândia prevê medidas que facilitam a vida quotidiana das mulheres trabalhadoras.

al. (2005), corroborarem o atrás descrito, estes constataram que os recursos mentais das mulheres mais jovens eram piores do que os das mais velhas. Estes autores defenderam que tais valores poderiam ressaltar do facto das mulheres mais novas e por norma com filhos pequenos, despendem mais horas em actividades domésticas face às mais velhas.

Silva et al. (2000: 336) referem que os estudos sobre a temática da capacidade laboral são unânimes em sugerir que a capacidade laboral depende para além de factores ligados à pessoa de outros, ligados ao próprio trabalho, “nomeadamente os recursos do trabalhador, o ambiente de trabalho, o conteúdo do mesmo e a comunidade laboral”. A satisfação com o trabalho é outro dos factores identificado coma associação às alterações da capacidade laboral (Silva et al., 2000; Martinez e Latorre, 2005).

Dentro do âmbito dos recursos do trabalhador a saúde desempenha um papel de relevo na capacidade para o trabalho. Martinez e Latorre (2005: 856) referem que “a saúde é considerada como o factor que exerce maior impacto sobre a capacidade para o trabalho”. Todas as dimensões da saúde⁵⁶ analisadas por estas autoras apresentaram associação com a capacidade para o trabalho, na relação de: “quanto melhor a qualidade de saúde, melhor a condição da capacidade para o trabalho”.

Martinez e Latorre (2005: 856) consideram que “o estado de saúde, entendido como relativos aos sintomas psicofísicos e à capacidade funcional, é apontado como a base para um modelo construtivo de capacidade para o trabalho”.

Muito embora, as preocupações com a avaliação da capacidade de trabalho não sejam novas⁵⁷, as investigações neste domínio surgiram com mais afinco, no final da década de 90, após a introdução do conceito de *envelhecimento activo* por parte da OMS, a qual procura incentivar as pessoas a adoptar um estilo de vida saudável, de forma a manterem alguma actividade par além do termo da sua vida activa. Neste domínio, o desenvolvimento de instrumentos de análise e de avaliação das condições de trabalho e da avaliação da capacidade de trabalho tornaram-se objecto de variados estudos (Pereira, 2006).

Centrando-nos na avaliação da capacidade de trabalho, esta não pode ser medida objectivamente com um único instrumento, sendo fundamentais os dados obtidos a partir de diferentes fontes, nomeadamente a própria concepção de capacidade de trabalho por parte do

⁵⁶ Para avaliação da saúde estas autoras utilizaram o questionário *Medical Outcomes Study 36 – item short from survey (SF-36)* o qual é composto por 36 itens englobados em 8 escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental.

⁵⁷ Frederick Taylor (1856 – 1915), conhecido por ter desenvolvido o modelo da Organização Científica do Trabalho, criou um método de análise da capacidade de trabalho, segundo o qual, os trabalhadores deveriam ser analisados cientificamente para estabelecer a forma, tempo e ferramenta correcta de cada tarefa a ser realizada. A partir de tais dados, poderia medir-se a produtividade individual destes e os sendo que os mais produtivos deveriam ser inevitavelmente melhor remunerados (Pereira, 2006: 55).

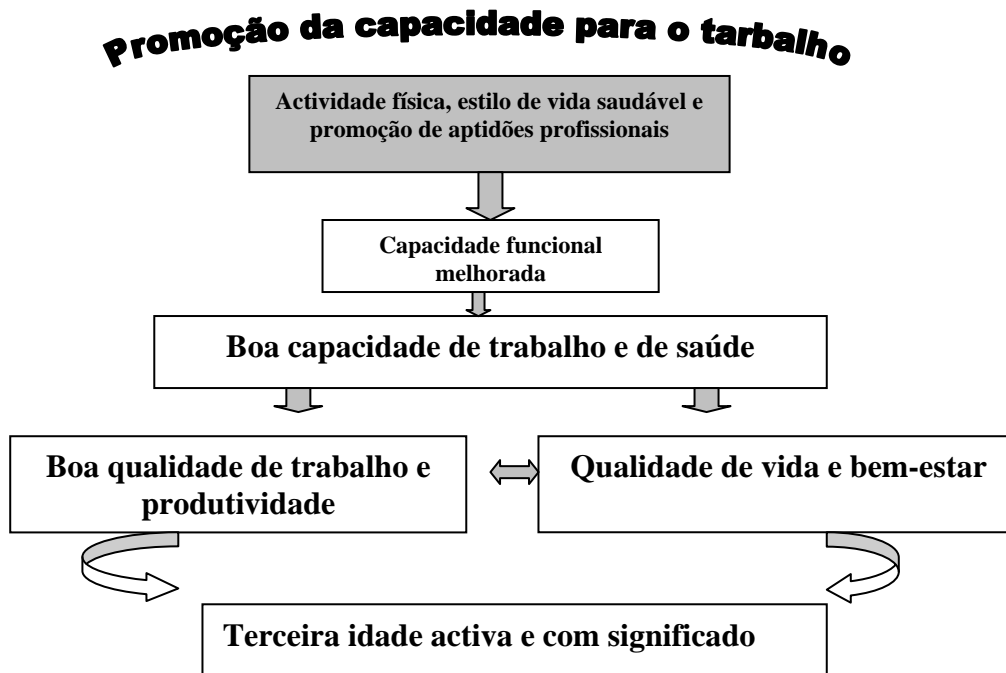
trabalhador (Sliva, et al., sd.)

Silvas et al. (2000: 335) referem que “o modo como o trabalhador avalia a sua capacidade para o trabalho tem um efeito importante no modo como lida com a sua vida profissional”.

Em muitos estudos realizados pelo Finnish Institute of Occupational Health, o índice de capacidade funcional conseguiu igualmente prever com exactidão mudanças na aptidão para o trabalho em diferentes grupos profissionais (Silva et al., sd: 3). Assim, poderão inferir-se antecipadamente informações sobre potenciais limitações ou mudanças nas capacidades do trabalhador, para que possam ser tomadas providências face à preservação da saúde e bem-estar dos indivíduos, visando a manutenção da sua capacidade laboral.

Figura 3 – Esquema dos efeitos da promoção da capacidade para o trabalho

Adaptado de Silva et al. (2001: 31)



1.4 Hipóteses de Trabalho

Qualquer trabalho de investigação, tal como salientam Quivy e Campenhoudt (2003: 119, 136, 137), deve ser desenvolvido “em torno de hipóteses de trabalho”, na medida em que esta “constitui a melhor forma de conduzir com ordem e rigor” a investigação. Estes autores referem ainda que “um trabalho não pode ser considerado uma verdadeira investigação se não se estruturar em torno de uma ou de várias hipóteses”, apresentando-se esta ou estas como o “fio condutor” do mesmo. A hipótese apresenta-se como “uma proposição provisória, uma pressuposição que deve

ser verificada”. Trata-se da “antecipação de uma relação entre um fenómeno e um conceito capaz de o explicar” traduzindo “uma resposta provisória à pergunta de partida da investigação. (...) Para conhecer o valor dessa resposta é necessário confrontá-la com dados da observação”.

Tendo por base a pressuposta atrás referida apresentamos duas hipóteses que irão orientar a nossa investigação:

Hipótese 1

O índice de capacidade para o trabalho e situação de saúde dos polícias que trabalham por turnos incluindo o nocturno, apresenta diferenças face aos polícias com horário fixo diurno.

Hipótese 2

Há uma relação oposta entre capacidade para o trabalho e tempo de serviço em regime de turnos incluindo o nocturno.

Capítulo II – METODOLOGIA E CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Considerando a nossa pergunta de partida e perfilhando o modelo da casa proposto por Kumashiro, citado por Pereira (2006: 53,54), como sendo o que maior coerência parece proporcionar à investigação, é nosso entendimento que a implementação de um sistema de controlo das condições de trabalho e da capacidade individual de trabalho constituem um meio para prevenir o encurtamento da vida activa e a diminuição precoce da capacidade produtiva a par de estimularem o trabalhador a manter um bom nível de produtividade ao longo da vida de trabalho, devendo para tal preservar a sua saúde e bem-estar.

Numa tentativa de materialização do atrás descrito, a determinação do índice de capacidade funcional⁵⁸, conseguido pela auto-avaliação que o trabalhador faz do seu bem-estar no presente e no futuro próximo e da capacidade para assegurar o seu trabalho, tendo em conta as exigências do mesmo, a saúde e os recursos psicológicos disponíveis (Ilmarinen & Tuomi, 1993 cit in Silva et al.2000: 332), conjuntamente com a determinação da sua situação em termos de saúde, apresentam-se como uma forma de “consciencialização do trabalhador para as suas potencialidades no trabalho”, revestindo capital relevância no seu bem-estar (Maia, 2000: 80).

No seguimento do que vem sendo descrito, referimos ainda que, também na PSP se começam

⁵⁸ Valor medida da capacidade de trabalho de um indivíduo, conseguido a partir da aplicação de um instrumento para tal.

a sentir os efeitos do envelhecimento funcional⁵⁹ a par de um aumento constante das exigências emanadas pela sociedade, torna-se premente a adopção de medidas tendentes a identificar o envelhecimento funcional precoce da população policial, visando a manutenção de uma boa capacidade funcional, tendente a corresponder com eficiência e eficácia às necessidades da missão.

Com este estudo pretende-se desenvolver uma primeira abordagem da avaliação da capacidade funcional e da situação de saúde da população em análise, focando interesse especial nos efeitos provocados pelo trabalho desenvolvido em sistema de turnos e nocturno relativamente à saúde e capacidade laboral. Refira-se que, a avaliação feita pelo próprio trabalhador, é tão importante como a avaliação dos especialistas (Tuomi et al., (1997: 5)

Este estudo é exploratório, não experimental de natureza cor relacional

2.1 Caracterização do estudo

O presente estudo será do tipo exploratório, descritivo e correlacional (Christensen, 2004). Utilizámos um questionário como instrumento de observação, por ser considerado o método adequado para “produzir as informações requeridas pelas hipóteses”, propendendo-se a sua “verificação e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem” (Quivy e Campenhoudt, 2003: 164, 188). Os dados recolhidos serão tratados de modo estritamente quantitativo.

Os polícias responderam a dois questionários de “administração directa”, de auto avaliação, consequentemente auto explicativos, sendo de fácil aplicação, apresentando-se estes já devidamente testados e validados, Work Ability Index (WAI) proposto pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia para avaliação do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e o Duke – Perfil de Saúde, para determinar o estado de saúde do inquirido na última semana, face à data de preenchimento do inquérito. Atendendo que ambos foram disponibilizados por um dos seus autores/editor, consideramos que também a questão da autorização da utilização dos mesmos se encontra ultrapassada.

2.1.1 Questionário do Índice de capacidade para o Trabalho (ICT)

Para a determinação do Índice de Capacidade para o Trabalho ou Índice de Capacidade Laboral utilizou-se um “instrumento”, desenvolvido por Ilmarinen (1991), denominado de Work

⁵⁹ De acordo com o Balanço Social da PSP para o ano de 2007, a média de idades dos efectivos com funções policiais era de 39,6 anos, com tendência para aumentar de forma assentuada nos anos próximos anos. Tal é justificado não só pelo envelhecimento da própria sociedade mas mais concretamente pelas recentes alterações legislativas em matéria de idade e condições para aposentação.

Ability Index (WAI) e proposto pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia para avaliação do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT).

O ICT foi traduzido do finlandês, para Portugal e países africanos de língua oficial portuguesa. A versão Portuguesa foi desenvolvida no âmbito do projecto POCTI/ESP/40743/2001 da Fundação para a Ciência e Tecnologia, com o apoio financeiro do Sindicato dos Enfermeiros (Porto) e envolveu as universidades do Minho (departamento de Psicologia), de Coimbra (Faculdade de Medicina e Técnica de Lisboa (Departamento de Ergonomia da FMH). Estiveram envolvidos na sua tradução, adaptação e aferição o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, tendo para tal firmado um acordo com o Finnish Institute of Occupational Health (Helsinki) em 25 de Fevereiro de 2000. Colaboraram nesta tarefa: Carlos Fernandes da Silva, actualmente Professor catedrático da Universidade de Aveiro, como coordenador da equipa, e Jorge Manuel Silvério da Universidade do Minho, Victor José Rodrigues da Faculdade de Medicina de Coimbra, Anabela Sousa Pereira, da Universidade de Aveiro, Teresa Coutim da Faculdade de Motricidade Humana, Paulo Rodrigues da Universidade da Beira Interior, Paula Maia do Sindicato dos Enfermeiros, e Cláudia Sousa bolseira do Projecto. Os doutores Juhani Ilmarinen do Finnish Institute Occupational Health e Maria Helena Pinto Azevedo foram os consultores do projecto, sendo que, a versão portuguesa deste questionário é propriedade intelectual do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, carecendo o seu uso de autorização da entidade atrás referida (Silva et al., 2000: 233-235; Silva et al., sd).

Genericamente, o ICT é constituído por 7 itens, precedidas por uma secção de “Dados Gerais”, onde foi feita uma pergunta directa e objectiva, de forma a obter os dados pessoais e de situação de trabalho, necessários. Ver ANEXO 1

Os itens atrás referidos são os seguintes:

- Capacidade para o trabalho *actual* em comparação com a *melhor* capacidade revelada ao longo da vida até ao momento de avaliação.

Neste item é comparada a capacidade laboral actual tal como o inquirido a percebe, com a sua máxima capacidade também auto percebida, numa escala de “0” a “10”. A pontuação atribuída é representada pelo valor assinalado no questionário.

- Capacidade laboral *actual* em relação às exigências do trabalho.

A classificação deste item é efectuada em duas alíneas: uma, tendo em conta as exigências físicas do trabalho (mobilização muscular), numa escala de “1”(muito baixa) a “5” (muito boa) e

outra, considerando as exigências mentais do mesmo (interpretar factos, resolver problemas, decidir a melhor maneira de fazer as coisas, etc.).

Na cotação deste item, devem ser tidas em conta as respostas das duas alíneas, tendo em conta os seguintes factores de ponderação:

Se o indivíduo possui um trabalho com características predominantemente físicas, o número de pontos assinalados pelo inquirido na alínea das exigências físicas é multiplicado por 1,5 e o valor indicado nas exigências mentais é multiplicado por 0,5.

Caso o inquirido tenha um trabalho com exigências predominantemente mentais, o valor presente na alínea das exigências mentais é multiplicado por 0,5 e o número de pontos assinalado para as exigências físicas é multiplicado por 1,5.

Quando o indivíduo tiver um trabalho com exigências tanto físicas como mentais, as pontuações correspondentes às opções assinaladas mantêm-se inalteradas.

- Doenças actuais

Neste item o inquirido é colocado perante uma lista de 51 doença/lesões, provocadas por acidentes ou doença, devendo apontar aquelas de que sofre actualmente, indicando as diagnosticadas pelo médico. Estas, são cotadas com 1 ponto e as que na sua opinião é possuidor com 2 pontos.

Para determinação do ICT, apenas são tidas em conta as doenças diagnosticadas pelo médico, sendo cotadas de acordo com a seguinte escala: 5 ou mais lesões assinaladas o item é cotado com 1 ponto; 4 lesões, o item é cotado com 2 pontos, 3 lesões é cotado com 3 pontos; 2 lesões são cotadas com 4 pontos; 1 lesão é cotada com 5 pontos; se não houver qualquer lesão assinalada é cotado com 7 pontos.

- Estimativa do grau de incapacidade devido a doenças

Neste item os indivíduos avaliam em que medida os problemas de saúde são impeditivos para o seu trabalho actual, podendo assinalar mais do que uma das 6 opções de resposta (desde ausência de impedimento até total incapacidade).

Caso o inquirido tenha assinalado mais do que uma opção é considerado para cotação o valor mais baixo.

- Absentismo por doença no último ano

Neste item os indivíduos indicam quantos dias inteiros estiveram sem trabalhar devido a problemas de saúde, consulta médica ou exames médicos, nos últimos 12 meses que antecederam a avaliação (excepção feita a períodos correspondentes a licença de maternidade), assinalando uma

das 5 opções de resposta (nenhum dia – 5 pontos; até 9 dias – 4 pontos; de 10 a 24 dias – 3 pontos; de 25 a 99 dias – 2 pontos; de 100 a 365 dias – 1 ponto).

- Prognóstico de capacidade para o trabalho para daqui a dois anos

Os indagados terão de avaliar se serão capazes de manter a actual capacidade laboral daí a dois anos, tendo em conta o seu actual estado de saúde, assinalando uma das três opções propostas: “duvido” – 1 ponto; “não tenho a certeza” - 2 pontos e “quase de certeza” - 7 pontos.

- Recursos psicológicos

Este item é constituído por três alíneas nas quais os inquiridos têm de avaliar, numa escala de “0” a “4” (“sempre/constantemente” - 4 pontos; “frequentemente” – 3 pontos; “de vez em quando” - 2 pontos, “raramente” – 1 ponto e “nunca” – 0 pontos)

- A apreciação das actividades do quotidiano

Se ultimamente se tem sentido activo e desperto

Se nos últimos tempos se tem sentido optimista em relação ao futuro

Para efeitos de cotação da questão somam-se os pontos correspondentes às opções indicadas e o resultado é traduzido da seguinte forma: Soma dos pontos até 3 – 1 ponto, entre 4 e 6 – 2 pontos, de 7 a 9 – 3 pontos e entre 10 e 12 – 4 pontos.

Somando as respostas dadas pelo inquirido nos 7 itens, determina-se o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Os seus valores podem variar entre 7 e 49.

Índices entre 7 e 27 correspondem a uma “pobre capacidade para o trabalho”, havendo necessidade de adoptar medidas urgentes para restituir a mesma, nomeadamente avaliações adicionais periódicas; entre 28 e 36 pontos, dizem respeito a uma “moderada capacidade para o trabalho”, devendo implementar medidas para melhorar a referida capacidade para o trabalho; entre 37 e 43 pontos, equivalem a uma “boa capacidade para o trabalho”. Os inquiridos devem ser orientados/instruídos de forma a sustentar a capacidade para o trabalho e entre 44 e 49 pontos condizem com uma “excelente capacidade para o trabalho”. Estes indivíduos devem prevenir eventuais prejuízos na capacidade para o trabalho de forma a manterem a mesma. Par tal, devem ser informados sobre os factores e estilos de vida que mantêm a sua capacidade para o trabalho e quais os que a enfraquecem.

2.1.2 Questionário DUKE – Perfil de Saúde

O Perfil de Saúde de Duke (DUKE) é considerado como uma breve técnica para medir a saúde, com vista à intervenção médica e de promoção da saúde (Parkerson e tal., 1990).

Trata-se de um questionário de auto-referência com 17 itens que mede a condição de saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde, referente ao espaço temporal de uma semana. Foi desenvolvido por Parkerson e colaboradores, em 1989, no Departamento de Medicina Familiar e comunitária do Centro Médico da Universidade de Duke em Durham, Carolina do Norte, como resultado da revisão da versão de 63 itens do Duke – UNC Perfil de Saúde (DUHP), (Parkerson et al., 1990) tendo sido traduzido para português pela Internacional House e adaptado por Silva, Pinto e Pereira (2001) da Universidade do Minho.

Neste questionário, o inquirido relata o seu estado de saúde funcional e relaciona a saúde com qualidade de vida, ao longo da última semana, face ao momento de recolha de dados.

Compõem esta escala 17 itens, cada um com três opções de resposta, os quais são seleccionados e cotados a fim de se obterem 10 *scores*, que englobam seis medidas “funcionais” de saúde (física, mental, social, geral, saúde percebida e auto estima) e quatro medidas “disfuncionais” (ansiedade, depressão, dor e incapacidade).

Clinicamente, a sua validade foi apoiada, nas diferenças de scores de saúde apresentados por pacientes com diferentes problemas de saúde clinicamente diagnosticados, (Parkerson et al.1990). Estes autores referem que o Duke é tido como uma breve técnica para medira saúde, tendo em vista a intervenção médica e a promoção da saúde. Com este instrumento é possível identificar mudanças na saúde, a partir da comparação dos *scores* de saúde obtidos em dois ou mais momentos diferentes (Parkerson e tal., 1991).

Este instrumento tem por base as três dimensões de saúde propostas pela Organização Mundial de Saúde: física, mental e social.

Para a determinação dos vários *scores* de saúde procede-se da seguinte forma: Como referimos cada item tem três possibilidades de resposta, encontrando-se cada uma assinalada com um número.

Para a determinação dos *scores* referentes à saúde física, saúde mental, saúde social, saúde percebida e auto estima, somamos o último dígito de cada número referente à resposta dada pelo inquirido num determinado item. O total é dividido por 10 e multiplicado por 100. Para o *score* saúde geral a soma é dividida por 3.

Nos scores ansiedade, depressão, dor e incapacidade, se o último dígito é 22”, cotamos como “0”, se é “0”, cotamos como “2” e se é “1”, cotamos na mesma como “1”. Para o *score*

ansiedade a soma é dividida por 12 e multiplicada por 100. No *score* depressão a soma é dividida por 10 e multiplicada por 100 e para os scores dor e incapacidade, a soma é dividida por 2 e multiplicada por 100.

Assim, contribuem para:

- Saúde física a itens:

“Hoje teria algum problema físico ou dificuldade”

Item 8 – subindo escadas

Item 9 – correndo uma distância igual à de um campo de futebol

“Na última semana”

Item 10 – senti dificuldade em dormir

Item 11 – senti dores em alguma parte do corpo

- Saúde mental

Item 1 – Eu gosto de ser quem sou

Item 4 – Desisto facilmente

Item 5 – Tenho dificuldade de concentração

“Na última semana”

Item 13 – Senti-me deprimido ou triste

Item 14 – Senti nervosismo

- Saúde social

Item 2 – Não é fácil conviver comigo

Item 6 – Estou feliz com os meus familiares

Item 7 – Sinto-me à vontade no meio de outras pessoas

Na última semana

Item 15 – Conviveu com outras pessoas

Item 16 – Participou em actividades religiosas ou recreativas

- Saúde geral

Score saúde física+ score saúde mental+ Score saúde social

- Saúde percebida

Item 1 – Basicamente sou uma pessoa saudável

- Auto-estima

Item 1 - Eu gosto de ser quem sou

Item 2 – Não é fácil conviver comigo

Item 4 – Desisto facilmente

Item 6 – Estou feliz com as minhas relações familiares

Item 7 – Sinto-me à vontade no meio de outras pessoas

- Ansiedade

Item 2 – Não é fácil conviver comigo

Item 5 – Tenho dificuldade de concentração

Item 6 – Sinto-me á vontade no meio de outras pessoas

Na última semana

Item 10 – Senti dificuldade em dormir

Item 12 – Senti-me facilmente cansada(o)

Item 14 – Senti nervosismo

- Depressão

Item 4 – Desisto facilmente

Item 5 – Tenho dificuldade de concentração

Na última semana:

Item 10 - Senti dificuldade em dormir

Item 12 – Senti-me facilmente cansado

Item 13 – Senti-me deprimido(a) ou triste

- Dor

Na última semana

Item 11 – Senti dores em alguma parte do corpo

- Incapacidade

Durante a última semana, quantas vezes:

Item 17 – Ficou em casa, numa casa de saúde ou hospital por doença ou outro problema de saúde?

Item 1

A administração do inquérito decorreu entre Outubro de 2005 e Janeiro de 2006.

Para tratamento dos dados resultantes dos questionários recorreremos ao programa estatístico SPSS, versão 15.0.

Foi utilizada a estatística descritiva (análise de frequências, médias, e desvios padrão) e estatística inferencial ou indutiva tendo-se recorrido à MANOVA, Correlação de Pearson).

2.2 Caracterização do Universo e definição da amostra

2.2.1 Da Polícia, conceito e funções.

“A segurança é um direito natural e imprescindível do homem.... Garantido por uma força pública para o benefício de todos.”

Artº 2º e 12º da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão

O termo polícia, apesar do seu uso trivial, reveste-se de grande polissemia⁶⁰, no entanto, de uma forma geral, este termo pretende designar uma instituição, um grupo social que cumpre uma determinada função, sendo que historicamente a função parece preceder ao órgão ou instituição.

Em termos etimológicos Polícia, vem do grego *politeia* e do latim *politia*, no sentido de um grupo social que para viver em paz necessita de submeter-se a regras que assegurem a boa convivência (Barreto, 1979: 17, 23). A Polícia faz cumprir essas normas para defesa dos interesses públicos (Cosme, 2006). Luís Vaz de Camões⁶¹, foi dos primeiros autores portugueses a referir-se em obras literárias à Polícia em Portugal e às suas tarefas em tempo de paz e em momentos de alteração da ordem pública “ (...) *e folgarás de veres a polícia Portuguesa na paz e na milícia*”.

A função policial está ligada à existência de relações sociais. Desde muito cedo surgiu por parte da sociedade, a necessidade de criação de normas, que regulavam os comportamentos socialmente aceitáveis, definindo-se em simultâneo uma esfera de condutas desviantes. A par, foram estabelecidos mecanismos internos e externos de controlo social, os quais foram variando no tempo e no espaço. Neste contexto, surge a polícia, no âmbito do controlo externo, qualificado de controlo organizado ou institucionalizado, como um organismo que emana da própria dinâmica da sociedade humana, para levar os indivíduos a conformarem-se com as normas estabelecidas, daí a função policial ser uma função social e sobretudo preventiva, muito embora possa recorrer em situações extremas à coacção e emprego da força física e material (Bayle, 1998).

Pedro Clemente, refere que “a polícia sustenta uma trave – mestra do edifício civilizacional humano, onde ao lado do instinto de agressividade, imperam os impulsos da sociabilidade e cooperação, (...). (na medida em que) Em cada homem coexiste um Abel e um Caim”. Refere ainda este autor que a polícia é “uma agência pública de controlo social da desviância” (Clemente, 1997: 12,13,25, 43).

Neste contexto e de acordo com constitucionalmente⁶² consagrado a actuação policial “visa a prossecução do interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos concidadãos”. Figueiredo Dias e Costa Andrade consideram que “a polícia constitui o símbolo mais visível do sistema formal de controlo, o mais presente no quotidiano dos cidadãos” (Clemente, 2006: 29).

Clemente (2006) alega ainda que a apresentação em definitivo do conceito de polícia apresenta-se impossível, atinente à complexidade do fenómeno policial, que abarca desde a formação cívica até à repressão da criminalidade, desde o acto informativo até à acção coactiva. Apesar do supracitado, o professor Marcello Caetano (1990: 1150) ousou definir polícia “como o

⁶⁰ Bayle (1998: 9) refere que foram referenciadas mais de uma dezena de situações em que esta palavra teve diferentes utilizações.

⁶¹ Nos Lusíadas, Canto VII

⁶² Artº266, nº1, da CRP.

modo de actuar da autoridade administrativa que consiste em intervir no exercício das actividades individuais susceptíveis de fazer perigar interesses gerais, tendo por objecto evitar que se produzam, ampliem ou generalizemos danos sociais que as leis procuram prevenir”, sendo que esta definição é perfilhada por vários investigadores desta temática e considerada como a que melhor representa o conceito hodierno de polícia (Clemente, 2006: 44; Azevedo, 1997: 5579).

Esse conceito deriva do Código dos Delitos e Penas francês⁶³, o qual preconizava que a polícia era instituída para manter a ordem pública, a tranquilidade, a liberdade, a propriedade e a segurança individual, sendo a sua propensão primordial a vigilância e o seu objecto a sociedade considerada em massa.

Em Portugal essa “força pública” corporiza-se na Guarda Nacional Republicana e na PSP, designadas sob a égide de “forças de segurança”. De uma forma geral, a investigação e repressão da criminalidade⁶⁴, estão a cargo da Polícia Judiciária, órgão sem finalidades administrativas directas. Existem ainda outras polícias, como seja a ASAE, a polícia Municipal, as quais detêm competências policiais administrativas especializadas.

Assim, consideramos que a Polícia é na perspectiva orgânica ou institucional, uma instituição pública integrada no aparelho administrativo do Estado com a missão de prevenir crimes, manter a ordem pública e o cumprimento da lei, recorrendo, se necessário, ao poder coactivo. Do ponto de vista material ou funcional, a Polícia é considerado como o conjunto de órgãos ou agentes, pertencentes a estes serviços, cuja função subsiste no desempenho de tarefas materiais de polícia (Raposo, 2006). Neste contexto Marinho (2001: 18) refere que, a Polícia enquanto profissão “designa o conjunto de pessoas que são autorizadas, por um determinado grupo – comunidade, Estado, a regular as relações interpessoais no interior desse grupo através do uso da força física”.

Neste âmbito, os homens e mulheres ligados a esta instituição desenvolvem todo um conjunto de tarefas, no decurso da sua actividade laboral, visando a defesa da legalidade democrática e a garantia dos direitos dos cidadãos. O agente da polícia pode ser encarado como o braço coercivo da Administração, como uma extensão do poder judicial, como funcionário público obrigado a responder às solicitações dos cidadãos, como um mediador social encarregado de resolver problemas da comunidade, e até como conselheiro, a quem as pessoas recorrem para reclamar protecção social (Lima, 2008). Assim, podem inclusive recorrer ao uso da força física, no contexto da regulação das relações interpessoais no interior da comunidade-estado. Também poderão ter de

⁶³ Ver artigo 16º, do Código de Brumário Ano IV (Clemente, 2006: 39).

⁶⁴ Esta afirmação é efectuada em termos genéricos na medida em que, a Lei Orgânica da Investigação Criminal, veio alterar as atribuições das forças de segurança em matéria de investigação criminal.

⁶⁹ Na chefia deste corpo policial destaca-se Diogo Inácio de Pina Manique, pela sua actuação face ao crime e à manutenção da ordem pública, numa época socialmente muito conturbada. De entre as várias medidas encetadas destaca-se a iluminação da cidade de Lisboa, criação de casas de correcção, Casa Pia, criação de normas de polícia sanitária para as prostitutas, entre outras (Barreto:1979).

enfrentar situações de tensão em que a sua integridade física se torna vulnerável.

Nesta esteira, a polícia surge ligada a um campo de atuação muito vasto, visto que hodiernamente a intervenção policial é solicitada “*pelas mais diversas razões, nem sempre enunciadas na Lei*” (Sousa, 2006: 50). Esta autora considera que muito embora a polícia seja hoje um pilar fundamental da sociedade atinente ao poder coercivo que detém e que a diferencia dos demais serviços públicos, tal deve-se sobretudo a uma nova função que a caracteriza “*a função social*” (Ibidem).

Autores como Moore, Bittner, Bayley, remetem-nos para a nova realidade das funções policiais. A par do *law enforcement*, preconizado pela aplicação da lei no combate e prevenção do crime, surge a vertente da manutenção da ordem e prestação de serviços (Idem).

Como relata Jeanjean (1990), perante a multiplicidade de tarefas e a diversidade de campos de intervenção, os polícias têm eles próprios dificuldade de expressar concretamente o que é verdadeiramente o trabalho policial, carregado de situações singulares e imprevisíveis e inscrito no conteúdo das relações sociais da comunidade.

Sousa (2006: 51) expõe que, a polícia desempenha um “*sem número de serviços*” nomeadamente “*serviços em que ninguém reconhece como sua actividade, mas para os quais não se lembra de chamar mais ninguém sempre que têm necessidade, ou quando mais ninguém os atende*”. Por tal, torna-se difícil delimitar e determinar “*onde começa e onde acaba o trabalho policial*” não podendo também ser encarado como “*uma simples adição de práticas e de técnicas*” (Monjardet, 1985: 407).

Refira-se também que as tarefas do profissional de polícia são desempenhadas em espaços abertos, em dependências policiais ou outros organismos públicos (tribunais, ministérios, etc.) permanecendo sujeitos aos constrangimentos das condições climatéricas, ruídos, entre outros aspectos nocivos do ambiente físico que os rodeia. A exposição a doenças infecciosas é outra importante fonte de risco, a par da sobrecarga de trabalho e do stress (Lima, 2008).

O conjunto de papéis que o elemento policial desempenha, transporta-o para situações em que o difícil equilíbrio vivenciado em situações de rotina, se altera inúmeras vezes, em detrimento da sua saúde física e mental.

John Hall (cit. por Marinho, 2001: 18) diz que “*a Polícia é uma profissão difícil e perigosa, um facto que é comprovado pelo número de polícias que, anualmente são mortos ou injuriados no exercício das suas funções*”. A permanente exposição a riscos e perigos ou a sua mera lembrança, interfere no seu estado de ansiedade. Jeanjean (1990: 235) considera que de entre os vários riscos profissionais destaca-se a exposição do polícia a violência involuntária e voluntária, sendo que neste ultimo caso o risco é impossível de evitar como num simples acidente de trabalho. De igual forma, os polícias no desempenho da sua principal actividade, têm como instrumentos habituais de

trabalho técnicas de defesa pessoal e a arma de fogo e como ferramenta principal o próprio corpo (Sanchez et al., 2001).

Sanchez et al., (2001) referem que a actividade policial é encarada como sendo de “*risco psicológico*”, derivado ao facto de o seu desempenho implicar um vasto leque de competências pessoais e sociais, impondo uma rígida aplicação de elevados padrões éticos, no relacionamento com o público a par de ser uma actividade profissional que se desenvolve, uma grande parte das vezes, num ambiente de grande susceptibilidade ou mesmo de pura conflitual idade, no limite da marginalidade e da criminalidade.

Também, decorrente das necessidades de segurança da sociedade, a Polícia tem uma laboração contínua no tempo, levando a que os seus efectivos, tenham de trabalhar por turnos, de forma a garantir esse contínuo.

Estes profissionais, embora integrem o meio social onde vivem e actuam e sofram consequentemente inúmeras influência desse meio e apesar de serem iguais aos demais em termos de direitos e deveres, não são contudo cidadãos comuns, mas indivíduos que emblematizam o Estado e têm como elemento moderador a disciplina e a hierarquia. Em todas as circunstâncias a ética deve guiar as suas acções.

A actividade policial considerando a sua abrangência, requer do homem polícia, muitas vezes, um esforço físico e psicológico acima da média, na medida em que um desempenho deficiente ou ineficaz no combate à criminalidade ou preservação da ordem pública, para além de não corresponder ao que a sociedade espera e cobra, pode implicar colocar em risco a própria vida ou de outrem (Bezerra, 2004).

2.2.2 O Universo de Pesquisa

a) Contextualização histórica da PSP

Incidindo na instituição objecto do nosso estudo, a PSP, tal como outras instituições, apresenta um percurso evolutivo. A sua história faz parte integrante da história da Nação, sendo que, a sua evolução se fez e vem fazendo em paralelo com a evolução histórico - social do país e da sociedade. Esta instituição parece ter na sua génese os Quadrilheiros, instituídos pelo Rei D. Fernando em 12 de Setembro de 1383, considerados como sendo a primeira instituição policial que se conhece e que perdurou ao longo dos tempos (Cosme, 2006). O termo “polícia” utilizado para designar as pessoas incumbidas de fazer vigilância nas ruas da cidade, irrompeu em meados

do século XVIII, com Marquês de Pombal, ao criar em 1760 a Intendência Geral de Polícia⁶⁵ que substituiu os Quadrilheiros (Barreto, 1979: 84).

Como consequência da agitação política e social decorrente das lutas entre miguelistas e liberais a Guarda Real de Polícia extinta e criada por D. Pedro, em 3 de Julho de 1834, a Guarda Municipal, a qual se manteve até à data da Implantação da República. Em 12 de Outubro de 1910 foi criada “ uma força de índole militar para garantir a defesa e consolidação do regime republicano” (Cosme, 2006: 111) a Guarda Republicana, posteriormente apelidada de Guarda Nacional Republicana, designação que ainda mantém actualmente, a qual tinha como missão e que em parte ainda hoje suporta, o policiamento rural e das demais urbes fora da jurisdição da Polícia Civil, na altura e hoje da PSP.

Em 2 de Julho de 1867, D. Luís I, instituiu em todas as capitais de distrito, um corpo policial, a Polícia Civil⁶⁶. Esta instituição, desde a sua criação, passou por inúmeras alterações e reformas, as quais abarcaram desde a própria designação à natureza das missões, as quais acabaram por originar a que é, actualmente a Polícia de Segurança Pública.

O dia 2 de Julho passou a ser considerado o “Dia da polícia”. No próximo dia 2 de Julho de 2008, celebrar-se-á o 142º aniversário da PSP.

Em 1930, verifica-se o ingresso dos primeiros elementos femininos na PSP. Como Guardas de 2ª Classe. Estas mulheres tinham tarefas específicas⁶⁷, tipificadas na lei. Esta situação manteve-se até por volta de 1970, altura a partir da qual vigora, à partida, o princípio constitucional da igualdade, no que se refere às funções, muito embora dentro das tarefas atribuídas à PSP, algumas, atinentes à sua natureza vêm sendo feitas maioritariamente por mulheres, como sejam apoio à população escolar, tarefas administrativas, entre outra. O primeiro concurso interno para curso de subchefe data de 1980 e as primeiras oficiais de polícia, aprovadas em concurso interno de promoção, tomaram posse como Chefes de Esquadra em 1986. Com a criação da Escola Superior de Polícia em 1982, as mulheres detêm a possibilidade de atingir a máxima graduação da hierarquia. Hoje em dia já chegara a Intendente.

O primeiro Estatuto da PSP foi aprovado em 31 de Dezembro de 1953 pelo Decreto-lei nº. 39497.

Dos vários dos vários diplomas legais que regeram a PSP há a destacar o Decreto-Lei nº. 321/94 de 29 de Dezembro, o qual referindo-se à natureza da PSP define-a como “uma força policial armada e uniformizada, obedecendo à hierarquia de comando” (Cosme, 2006: 241). Desta forma, ainda sob o comando de Oficiais do Exército a PSP deixa de ser considerada uma força

⁶⁶ A Polícia Civil ou Cívica dividia-se em quatro grandes secções a saber: a Polícia de Segurança Pública, cuja designação sobreviveu até hoje, á qual competia a manutenção da ordem na via e lugares públicos enquanto a sua alteração não exigisse pela sua gravidade a intervenção da força armada, a Polícia de Investigação Criminal, A Polícia administrativa e de Defesa do Estado.

⁶⁷ “ Vigilância de mulheres e crianças e de outros serviços inerentes e de assistência” (Clemente, 2006: 136)

militarizada, distinguindo-se da GNR, no que concerne à sua natureza.

O Decreto 25338 de 16 de Maio de 1935 extinguiu a Direcção Geral de Segurança Pública que substituíra a Intendência, criando o Comando Geral da Polícia de Segurança Pública, designação que se manteve até 1999, sendo substituído pela designação de Direcção Nacional da Polícia de Segurança Pública, de acordo com a Lei nº. 5/99 de 27 de Janeiro. Este diploma permitiu que em 2002, um juiz desembargador, Mº Juiz Desembargador Mário Morgado, fosse nomeado Director Nacional, assinalando-se assim, mais um marco na história desta instituição, na medida em que de uma chefia militar ou policial passa para uma chefia civil. Hoje, o Director Nacional é novamente um oficial dos quadros da PSP.

Presentemente, esta instituição atravessa uma fase de mudança em termos organizacionais, visto que, apesar da Lei nº. 5/99, 27 de Janeiro, que regula a Organização e funcionamento da PSP, ter sido revogada pela Lei nº. 53/2007 de 31 de Agosto, a nova orgânica ainda está em fase de implementação no dispositivo nacional.

Considerando que o presente trabalho foi desenvolvido no seio da vigência da Lei nº. 5/99, de 27 de Janeiro, a organização e as atribuições a que seguidamente faremos referência são as que o normativo legal previa.

b) Natureza, atribuições e estrutura

A PSP materializa uma “função do Estado que se concretiza numa instituição de administração positiva e visa por em acção, as limitações que a lei impõem à liberdade dos indivíduos e dos grupos para salvaguarda e manutenção da ordem pública, em suas várias manifestações: da segurança de pessoas à segurança da propriedade, da tranquilidade dos agregados humanos à protecção de qualquer outro bem tutelado com disposições penais”(Clemente, 2006:35,36).

É considerada como uma organização para o bem estar-público, de carácter permanente e indispensável ao funcionamento da sociedade (Baganha, 2003: 5), incumbida de uma missão definida constitucionalmente⁶⁸. Em situações de normalidade as atribuições da PSP enquadram-se descritas no quadro da política de segurança interna⁶⁹, salvo situações de excepção, como sejam o

⁶⁸ Art. 272º da Constituição da República Portuguesa.

⁶⁹ Neste contexto, decorrente do artº2º da Lei nº5/99, 27 de Janeiro, diploma que aprova a Lei Orgânica e Funcionamento da PSP, a esta instituição compete: a) promover as condições de segurança que assegurem o normal funcionamento das instituições democráticas, bem como o exercício dos direitos e liberdades e o respeito pelas garantias fundamentais dos cidadãos; b) garantir a manutenção da ordem, segurança e tranquilidade públicas; c) prevenir a criminalidade e a prática dos demais actos contrários à lei e aos regulamentos; d) prevenir a criminalidade organizada e o terrorismo; e) garantir a execução dos actos administrativos emanados da autoridade competente que visem impedir o incumprimento da lei ou a sua violação continuada; f) garantir a segurança das pessoas e dos bens; g) prosseguir as atribuições que lhe forem cometidas por lei em matéria de processo penal; h) garantir a segurança rodoviária, nomeadamente através do ordenamento, fiscalização e regularização do trânsito; i) garantir a segurança dos espectáculos desportivos; j) garantir a segurança das áreas ferroviárias; l) prestar ajuda às populações e socorro aos sinistrados e apoiar em

estado de sítio ou de emergência. Esta instituição prossegue a sua missão em todo o território nacional, com exclusão das áreas legalmente cometidas a outras forças e serviços de segurança⁷⁰.

Trata-se de uma instituição, onde, como refere Jeanjean (1990: 214), a lei se encontra bem no centro da sua vida, a par de ser uma organização contemporânea, onde vigora um sistema de organização rígido e burocrático, de acordo com o modelo weberiano, caracterizada por uma organização de tipo piramidal, de inspiração militar, fortemente hierarquizada, tal como decorre da sua definição legal⁷¹, na qual uma estrutura de carreiras⁷² oferece perspectivas de promoção, sendo os seus efectivos seleccionados⁷³ segundo o seu mérito e treinados⁷⁴ para as suas funções. Aqui, o trabalho desenvolve-se de acordo com regras determinadas, de forma a distanciar a arbitrariedade e o favoritismo, sendo o registo escrito uma exigência. Atinente às tarefas a desenvolver é ainda uma força armada e uniformizada, sujeita a segredo profissional e com regulamento disciplinar próprio.

Como organização geral a PSP compreende a Direcção Nacional, sediada em Lisboa, os Comandos Metropolitanos de Lisboa e Porto, os Comandos Regionais da Madeira, com sede no Funchal e dos Açores, com sede em Ponta Delgada⁷⁵ e os comandos de Polícia, nas restantes capitais de distrito do Continente. Todas estas unidades territoriais estão na directa dependência do Director Nacional. Dependem igualmente do Director Nacional as unidades especiais⁷⁶ como sejam Corpo de Intervenção (destinado essencialmente a intervir em situações de manutenção e reposição de ordem pública; o Grupo de Operações Especiais, que tem como missão fundamental o combate de situações de violência declarada, cuja resolução ultrapasse os meios normais de actuação, podendo colaborar com outras forças policiais na manutenção da ordem, na acção contra actividades criminosas, na protecção de instalações e na segurança de altas entidades) e o Corpo de Segurança Pessoal (vacionado para segurança pessoal dos membros dos órgãos de soberania e de altas entidades nacionais e estrangeiras). Todas estas unidades também têm a sua sede em Lisboa.

Fazem ainda parte da orgânica da PSP os estabelecimentos de ensino: Escola Prática de Polícia, sedeadada em Torres Novas, onde recebem formação os elementos que se candidatam a

especial os grupos de risco; m) participar em missões internacionais, n) colher as notícias dos crimes, descobrir os seus agentes, impedir as consequências dos crimes; o) contribuir para a formação e informação em matéria de segurança dos cidadãos; p) prosseguir as demais atribuições fixadas na lei. São ainda atribuições exclusivas da PSP, em todo o território nacional, o controlo do fabrico, armazenamento, comercialização, uso e transporte de armas e munições e substâncias explosivas e equiparadas; garantir a segurança pessoal dos membros dos órgãos de soberania e de altas entidades nacionais ou estrangeiras, bem como de outros cidadãos quando sujeitos a situação de ameaça relevante. É ainda atribuição especial desta instituição, no âmbito da segurança aeroportuária, adoptar as medidas de prevenção e repressão de actos ilícitos contra a aviação civil.

⁷⁰ Artº3º da Lei nº5/99, 27 de Janeiro.

⁷¹ Nº2 do artº1º da Lei nº5/99, 27 de Janeiro.

⁷² Oficial - Superintendente Chefe, Superintendente, Intendente, Subintendente, Comissário e Subcomissário; chefe - Subchefe e Chefe e Agente - agente e Agente Principal.

⁷³ Neste processo de selecção, a saúde é um aspecto que entra em linha de conta, muitas vezes de forma decisiva (Leandro, 2001: 75).

⁷⁴ Jenjean (1990: 215) considera que é "experiência" que faz o polícia, na medida em que "ser polícia é integrar *no terreno*, o sistema de valores e de normas"

⁷⁵ Este Comando Regional tem na sua dependência Três Comandos equiparados a Comandos de Polícia, com sede em Ponta Delgada, Horta e Angra do Heroísmo.

⁷⁶ Considerando a multiplicidade de tarefas adstritas a cada uma destas unidades, criaram-se especializações organizacionais internas", Jeanjean (1990: 187).

polícias e são ministrados cursos internos de promoção ao posto de subchefe e outros e o Instituto Superior de Ciências Policiais e de Segurança Pública ex Escola Superior de Polícia, em Lisboa, destinado ao recrutamento, selecção e formação dos Oficiais de Polícia, conferindo-lhes o grau de Licenciatura em Ciências Policiais.

c) Caracterização das funções das diferentes categorias funcionais

No que concerne ao número efectivos, actualmente a PSP integra cerca de 22 214⁷⁷ funcionários com funções policiais, sendo 2 255 do sexo feminino. Estes encontram-se hierárquica e funcionalmente agrupados nas seguintes categorias: Superintendente Chefe – 9, Superintendente – 1, Intendente – 32, Subintendente – 102, Comissário – 132, Subcomissário – 458, Chefe – 1817, Subchefe – 830, Agente Principal – 12853 e Agente – 5996

As principais funções do pessoal técnico policial são:

Superintendente Chefe, comando e controlo de unidades operacionais de grande complexidade, assessoria técnica de elevado grau de qualificação e responsabilidade e participação em comissões ou grupos de trabalho de alto nível que exijam conhecimentos altamente especializados ou uma visão global da organização; Superintendente – comando e controlo de unidades operacionais complexas, assessoria técnica de elevado grau de qualificação e responsabilidade e participação em comissões ou grupos de trabalho de alto nível que exijam conhecimentos altamente especializados ou uma visão global da organização, inspecção e funções docentes;

Intendente – comando e controlo de unidades operacionais complexas, assessoria técnica de elevado grau de qualificação e responsabilidade, participação em comissões ou grupos de trabalho de alto nível que exijam conhecimentos altamente especializados ou uma visão global da organização, inspecção e funções docentes; Subintendente – Comando de uma unidade operacional ao nível de divisão, funções de acessória técnica e funções docentes;

Comissário – Comando de unidade operacional ao nível de secção policial, funções de acessória técnica e funções docentes;

Subcomissário – comando de uma unidade operacional ao nível de esquadra, actividades de formação e funções de carácter técnico;

Chefe e Subchefe – funções ligadas ao planeamento, coordenação e controlo nos sectores de pessoal, de material, de instrução e de execução de trabalhos técnicos, adjunto de comando de

⁷⁷ Dado fornecido pelo Departamento de recursos humanos da PSP, reportando-se os valores a 31 de Janeiro de 2008.

unidade operacional ao nível de esquadra, serviços operacionais e serviços internos;

Agente Principal e Agente – serviços operacionais e serviços internos Artº39º do Estatuto do pessoal da PSP, Decreto-lei nº.511/99 de 24 de Novembro.

Actualmente, a progressão na carreira faz-se por avaliação curricular, dependendo da existência de vagas e do cumprimento de um tempo mínimo na categoria precedente

2.2.3 O Universo de pesquisa

A população ou universo do nosso estudo é composta pelos polícias em serviço efectivo no Comando de Polícia de Segurança Pública de Braga durante o período de tempo atrás referido. Foram adoptados desde logo como critérios de exclusão o facto de estar afastado do serviço por motivo de doença prolongada e sermos a pesquisadora do presente estudo.

O Comando de Polícia de Braga, como se extrai do que vem sendo referido, é uma das unidades territoriais da PSP, com sede em Braga. A sua história remonta a 30 de Maio de 1877, com a criação no distrito de Braga, do Corpo de Polícia Civil, a qual ficou provisoriamente instalado na ala esquerda do Palácio dos Falcões, onde ainda se mantém. Esta unidade da PSP tem como divisa “JUSTUM AC TENACEM”⁷⁸.

O Comando de Polícia de Braga, enquanto unidade territorial, tem sob a sua dependência directa as subunidades internas de Braga e externas de Guimarães, Barcelos e Famalicão. O seu efectivo representa cerca de 2,6% do efectivo nacional da PSP, traduzindo-se em cerca de 570 elementos com funções policiais e 4 com funções não policiais, distribuídos de acordo com o quadro constante do ANEXO 1.

Relativamente aos serviços que compõem o Comando de Polícia de Braga⁷⁹, estes dispõem-se de acordo com o organograma do ANEXO 2.

No topo da hierarquia situa-se o Comando, composto pelo Comandante e 2ª Comandante, que substitui o Comandante nos seus impedimentos. Na dependência directa do Comando, encontram-se: O Núcleo de Estudos e Planeamento e Relações Públicas (NEPRPUB), que visa essencialmente desenvolver a imagem da PSP, organizar e dar apoio aos actos sociais e protocolos do Comando e definir interna e externamente notícias de interesse à PSP e à comunidade; o Núcleo de Informática (NINFOR) que efectua o apoio e gestão a todos os serviços e subunidades do Comando na área da informática, ministrando ainda formação dentro desta

⁷⁸Justos e Firmes, alusão de Horácio, aqueles que permanecem imperturbáveis no meio dos maiores cataclismos, não sendo por isso afectada nem a sua acção de justiça, nem a sua determinação.

⁷⁹ Os serviços estão constituídos de acordo com o disposto no artº71º da Lei nº5/99, 27 de Janeiro. A caracterização dos serviços é abordada de um modo sintético, de forma a permitir sua identificação atribuições principais, tendo por base o disposto na Ordem de Serviço nº 4, de 8 de Janeiro de 2002, deste Comando de Polícia – Competências dos Órgãos e Serviços deste Comando (Reservado)

temática, junto dos serviços, sempre que necessário; o Núcleo de Deontologia e Disciplina (NDD) que procede à organização de processos de sanidade, averiguações, disciplinares, administrativos, de reabilitação bem como de inquéritos. Para além destes núcleos temos os restantes serviços administrativos ou de apoio à actividade operacional que estão divididos em três Áreas: Área de Operações e Segurança (OPSEG), Área de Administração e Apoio Geral (ADFIN) e Área de Logística e Finanças (LOGAGER) e as subunidades operacionais internas, isto é, sedeadas em Braga e externas.

A OPSEG é responsável pelos serviços de apoio operacional e pela vertente operacional do Comando, encontrando-se sob a sua dependência directa: o Núcleo de Operações e Informações (NOPINF), a quem compete a elaboração de relatórios operacionais e de dados estatísticos, identificando também e mantendo actualizada a avaliação da ameaça e do risco, para a ordem e segurança pública, na área do comando, subdividido em Secção de Operações (SOP) e Secção de Informações (SINFO); o Núcleo de Armas e Explosivos (NAEXP) que visa a execução de vistorias legais e elaboração de todo o expediente relativo ao licenciamento no âmbito das armas, munições, produtos explosivos e matérias perigosas, subdividido na secção de Fiscalização (SFI) e Secção de Licenciamento (SLIC); Núcleo de comunicações (NCOM), responsável pela gestão do centro de comunicações do Comando em todas as suas vertentes, nomeadamente em suporte rádio, comutação telefónica digital e analógica, bem como a gestão da central pública de alarmes do Comando, a par de operar o sistema nacional de emergência (112). Encontra-se dividida em Secção de Exploração (SEXP) e Secção de Manutenção (SMAN). Igualmente sob a dependência da OPSEG, encontra-se: a Equipa de Inactivação de Engenhos Explosivos e Segurança em subsolo (EIESS), que têm como missão o intervir em todas as situações relacionadas com a presença ou potencial existência engenhos explosivos, procedendo também a revistas de segurança no subsolo, sempre que necessário; A Equipa de Inspeção Judiciária (EIJ), que tem como tarefas a recolha de indícios nos locais da prática de crimes; a Secção de Fiscalização, Mandados e Informações (SFMI), incumbida do cumprimento de pedidos emanados pelas entidades judiciais e outras, a par de proceder à fiscalizações das disposições legais relativas ao funcionamento de estabelecimentos, entre outras e as Brigadas de intervenção rápida (BIR), direccionadas para o policiamento e ordem pública.

A ADFIN comporta a subsecção de Pessoal (SSPES), incumbida da gestão administrativa de todos os efectivos do Comando, a Subsecção de Finanças (SSFIN) responsável por todas os procedimentos de âmbito financeiro e de contabilidade do Comando; a Subsecção de Vencimentos e Abonos (SSVAB) encarregue do accionamento de todos os procedimentos relacionados com atribuição de suplementos, prestações sociais, ajudas de custo, vencimentos, etc. a Subsecção de Saúde (SSSAD) incumbida de garantir assistência clínica a todos os elementos policiais; a

Subsecção de Instrução (SSINST) responsável por todas as acções relacionadas com a formação de todo o efectivo com funções policiais e não policiais.

A LOGAGER consubstancia o Núcleo de Logística e Apoio Geral (NLOGGER), subdividido por: Secção de Equipamento e Infra - Estruturas (SEIE) cuja missão se consubstancia na manutenção e conservação das instalações policiais incluindo da higiene e limpeza das mesmas; Secção de Transportes (STRANSP) incumbida da gestão e manutenção da frota auto e Secção de Apoio Geral (SAGER) a qual visa assegurar o registo de toda a correspondência dirigida ao Comando a par do envio de todos os documentos para as várias entidades e serviços. Está ainda este serviço incumbido dos vários procedimentos relativos a objectos perdidos e achados.

As Subunidades Internas, consideradas como serviços quase exclusivamente operacionais congregam a 1ª e a 2ª Esquadras, com atendimento público 24 horas por dia, responsáveis pelo policiamento da cidade de Braga. A 1ª esquadra acolhe ainda o programa “Escola Segura”, vocacionado para a segurança dos estabelecimentos de ensino da urbe; a Esquadra de Trânsito, com funções específicas de regularização e fiscalização do trânsito na cidade, a par de toda a tramitação processual relativa a autos de contra ordenação por infracção às disposições legais do direito estradal; Esquadra de Investigação Criminal (EIC) encarregue de todas as diligências criminais, no âmbito da prevenção, investigação e elaboração dos respectivos processos, composta pela Brigada Anti -Crime (BAC) com atribuições na área do tráfico e consumo de substâncias psicotrópicas e a Brigada de Investigação Criminal (BIC) encarregue da prevenção criminal, investigação e tramitação processual dos inquéritos cuja competência é da responsabilidade da PSP.

Nas Subunidades externas perfilam a Secção Policial de Guimarães, a Esquadra de Barcelos e a Esquadra de Famalicão, as quais, de um modo muito simplista, pode dizer-se que se apresentam como uma espécie de mini Comando, com representações da maioria dos serviços da Sede de carácter operacional, à dimensão do respectivo efectivo.

a) Horários de serviço

Tal como já foi aludido anteriormente o serviço da PSP é de carácter permanente e obrigatório, muito embora, exista definido um horário normal de serviço, que poderá ser alterado sempre que se justifique, conforme decorre da Lei⁸⁰. Refere o normativo legal que o patrulhamento da via pública é executado em regime de serviço por turnos.

Para além do serviço de patrulha existem ainda outros serviços de apoio ao serviço dito operacional que também laboram nesses sistemas de trabalho. O sistema de turnos utilizado não é

⁸⁰ Artº91º da Lei nº5/99, 27 de Janeiro.

uniforme para todos os serviços, decorrendo tal, das funções exercidas por cada um. Desta forma, para além do serviço de patrulhamento e atendimento público ligado a questões de âmbito operacional, desempenhado pelas Esquadras; 1º, 2ª, Barcelos, Famalicão e Guimarães, o Núcleo de Comunicações (NCOM) e os elementos policiais que registam acidentes da Esquadra de Trânsito, também trabalham em sistema de turnos rotativo, abrangendo o período nocturno.

A Equipa de Inactivação de Engenhos Explosivos e Segurança em subsolo (EIEXSS) tem um sistema de turnos de 24 horas.

Na Esquadra de Investigação Criminal (EIC) e as Brigadas de intervenção rápida (BIR), embora desempenhem a sua actividade por turnos incluindo o período nocturno, a sua rotatividade prende-se maioritariamente, com necessidades de carácter operacional.

Na Esquadra e serviços de trânsito, EIC, Secção de Mandados e EIJ, há polícias que trabalham por turnos excepto turno nocturno.

Há ainda os elementos policiais afectos a programas especiais como sejam Escola Segura, que não dispõem de uma modalidade específica, sendo integrados no presente estudo na designação de outros, assumindo uma expressão sem relevância, face ao seu reduzido número.

Os restantes serviços integrantes do Comando, com tarefas essencialmente administrativas laboram, por norma, no dito horário de expediente.

Os horários de serviço são s seguintes:

Serviço por turnos com turno nocturno

1º TURNO – 07H00/13H00; 2º Turno – 13H00/19H00; 3º Turno – 19H00/01H00 e 4º Turno – 01H00/07H00.

Serviço por turnos sem turno nocturno

1º TURNO – 08H00/14H00, 2º Turno – 14H00/20H00

Horário fixo diurno

09H00/12H00 – 14H00/17H30 ou 18H00

2.2.4 A Amostra

Distribuímos um total de 500 inquéritos, num universo de 570 elementos com funções policiais, tendo sido recebidos 327, o que corresponde a uma taxa de retorno de 65,4%. Não foram considerados os questionários com respostas incompletas. A participação dos policiais foi voluntária.

O tratamento destes questionários não deveria ser efectuado como na situação da amostra representativa, uma vez que a nossa amostra é não probabilística e por tal, não aleatória e não representativa, obtida por amostragem de conveniência. Contudo, considerando que temos representado 64,49% do universo de pesquisa, pelo número de questionários respondidos, o qual se revela desde logo um valor elevado, aliado ao conhecimento que temos do mesmo, o qual consideramos homogéneo, o valor acima apresentado provavelmente é representativo, permitindo-nos assim extrapolar algumas conclusões, muito embora cientes de que os restantes sujeitos do universo que não fazem parte da amostra poderiam apresentar características diferentes das traduzidas pelos inquiridos e que poderiam conduzir a outros resultados e conclusões. Reiterando o conhecimento que detemos do universo, tal seria pouco provável.

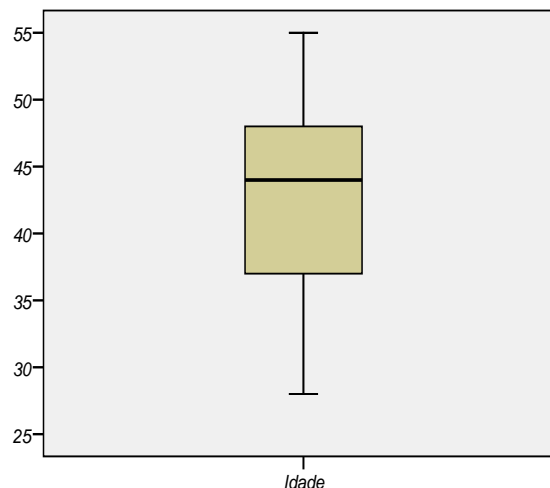
É este “segmento” da população em estudo (n=327) que nos “vai permitir estimar certas características desconhecidas da população” assim como “testar hipóteses ou afirmações, consideradas correctas sobre os parâmetros da população” (Reis, 1994:43).

Tabela 1 – Distribuição da amostra por género

Género	Frequência	%	% Válida	% Cumulativa
Mulher	28	8,6	8,6	8,6
Homem	299	91,4	91,4	100,0
Total	327	100,0	100,0	

Da amostra, 299 (91%) são homens e 28 (8%) são mulheres. Verifica-se pois um elevado predomínio do sexo masculino, o que comprova que a profissão de polícia é uma actividade socialmente tida para homens.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por faixa etária



Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 28 e os 55 anos, conforme

Gráfico 1, sendo a média etária de 42,36 anos com desvio padrão de 6,65.

Este envelhecimento da população policial do Comando de Polícia de Braga deve-se ao facto de se tratar de um Comando “terminal”, isto é, para a quase generalidade dos polícias deste Comando chegar ao Comando de Braga representa “finalmente, chegar a casa!”, o que por exemplo não acontece com os Comandos de Lisboa e Porto, em que uma parte considerável dos polícias têm as suas famílias longe destas cidades.

Tabela 2 -Distribuição da amostra por estado civil

Estado civil	Frequência	%	% Válida	% Cumulativa
Solteiro	25	7,6	7,6	7,6
Casado	288	88,1	88,1	95,7
União de Facto	5	1,5	1,5	97,2
Separado	1	,3	,3	97,6
Divorciado	8	2,4	2,4	100,0

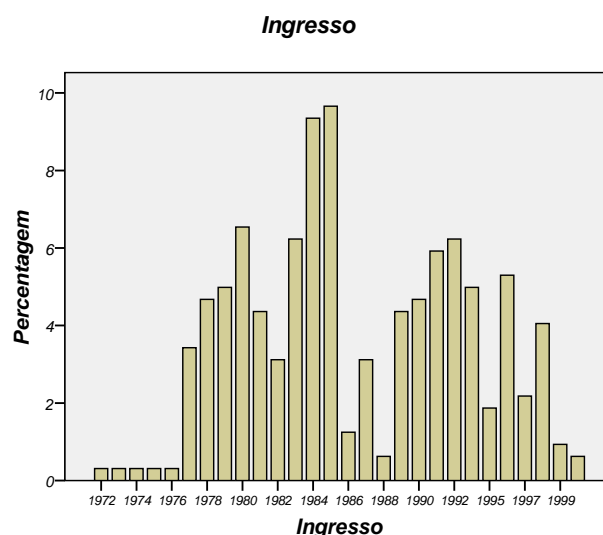
No que se refere à situação conjugal, os resultados da análise estatística da variável estado civil evidenciam a predominância de inquiridos casados (88,1%), seguindo-se o grupo dos solteiros (7,6%), depois os divorciados (2,4%) e finalmente os sujeitos separados e que vivem em união de facto que representam 1,8% da amostra.

Tabela 3 – Distribuição da amostra por habilitações académicas

	Habilitações literárias	Frequência	%	% Válida	% Cumulativa
	Primária	30	9,2	9,2	9,2
	6º ano	56	17,1	17,2	26,4
	9ºano	70	21,4	21,5	47,9
	Secundário	106	32,4	32,5	80,4
	Superior	58	17,7	17,8	98,2
	Nenhum	6	1,8	1,8	100,0
	Total	326	99,7	100,0	
Omisso	System	1	,3		
Total		327	100,0		

Quanto às “habilitações académicas” os inquiridos distribuem-se pelos vários níveis de ensino, com incidência no ensino secundário (32,4%), seguido do 9º ano (21,4%), tendo 17,7% frequência universitária.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra por tempo de serviço

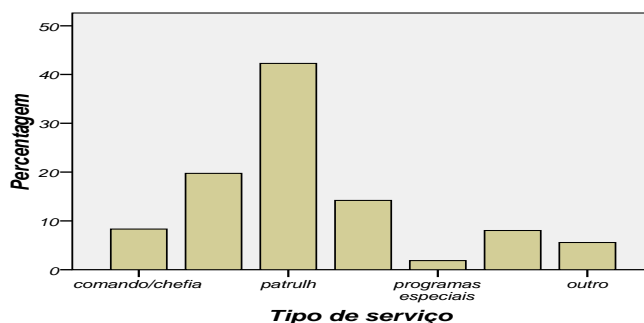


Da análise da variável “ano de ingresso”, a qual pretende traduzir a antiguidade na instituição, isto é o tempo de serviço, constata-se que cerca de 31,2% dos inquiridos integraram a PSP entre os anos 1980 e 1985, tendo assim mais de 20 anos de serviço. O máximo de antiguidade na instituição é de 32 anos e o mínimo de 5 anos.

Tabela 4 – Distribuição da amostra por categoria profissional

Categoria profissional	Frequência	%	% Válida	% Cumulativa
Agente/agente principal	278	85,0	85,0	85,0
Sub/chefe	42	12,8	12,8	97,9
Oficial	7	2,1	2,1	100,0
Total	327	100,0	100,0	

Dos inquiridos, 278 (85%) fazem parte das categorias profissionais de Agente e Agente Principal. São Subchefes ou Chefes 42 (12,8%) e Oficiais 7 (2,1%). Estes valores traduzem a estrutura piramidal da hierarquia da instituição.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra por tipo de serviço efectuado

Quanto ao tipo de serviço desenvolvido, conforme se pode verificar no Gráfico 3, a maioria da amostra, 41,9% efectua serviço de patrulha, 19% são administrativos, 14,9% praticam tarefas ligadas à investigação criminal, 8,3% têm funções de comando ou chefia, 8% fazem parte dos serviços de trânsito e 1,8% estão afectos a programas especiais, nomeadamente Escola Segura e 5,5% dos inquiridos dedica-se a tarefas ligadas com as comunicações e inactivação de engenhos explosivos e segurança em subsolo.

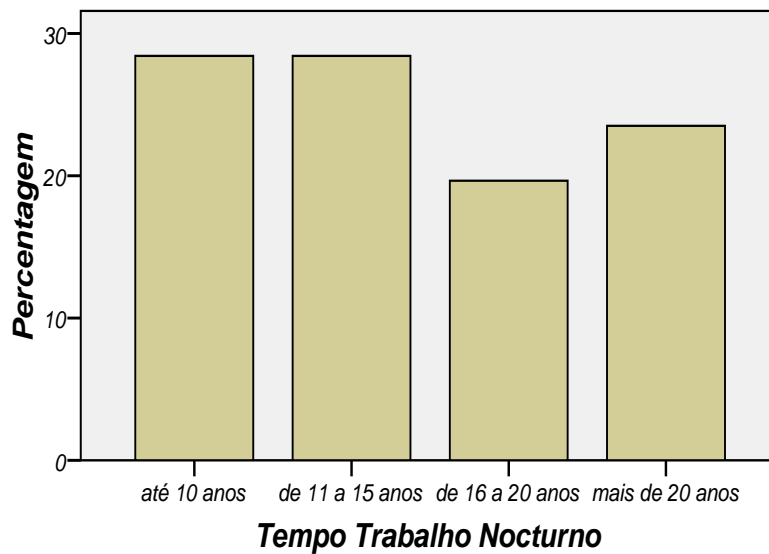
O serviço de patrulha é o que ocupa um maior número de inquiridos, na medida em que o patrulhamento quer auto querem apeado é a essência da actividade policial.

Tabela 5 – Distribuição da amostra por regime de trabalho

Regime de trabalho	Frequência	%	% Válida	% Cumulativa
Turnos com Nocturno	193	59,0	59,0	59,0
Turnos sem Nocturno	31	9,5	9,5	68,5
Fixo Diurno	101	30,9	30,9	99,4
Outros	2	,6	,6	100,0
Total	327	100,0	100,0	

No que se refere ao regime de trabalho, constatou-se que mais de metade dos inquiridos dos inquiridos trabalha por turnos incluindo o turno nocturno (n=193; 59%) seguido do horário fixo diurno (n=101; 30,9%), existindo um número reduzido (n=31; 9,5%) que trabalha por turnos, excepto o turno nocturno (Tabela 5)

Estes valores reflectem a prestação de segurança durante um contínuo de 24 horas.

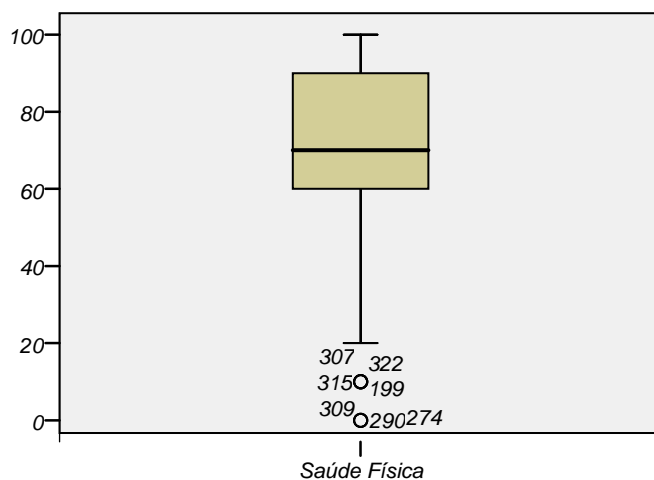
Gráfico 4 – Distribuição da amostra por tempo de trabalho nocturno

Relativamente ao tempo de trabalho nocturno verifica-se que 24,8% dos inquiridos trabalhou neste regime até 10 anos, sendo igual o número de indivíduos que permaneceu nesta modalidade de trabalho entre 11 a 15 anos. O Gráfico 4 indica que 20,5% da amostra trabalhou mais de 20 anos em regime de trabalho nocturno e 17,1% entre 16 e 20 anos. Os valores traduzidos por este gráfico apresentam alguma dependência face ao que fora referido a propósito do Gráficos 2 e 3, uma vez que, a maior percentagem de sujeitos pertence à classe de Agentes e as suas funções primordiais são o serviço de patrulha, o qual é prestado em regime de turnos incluindo o turno nocturno. Para uma parte considerável dos inquiridos o tempo de trabalho nocturno representa quase ou até mesmo, a totalidade do tempo de trabalho na PSP.

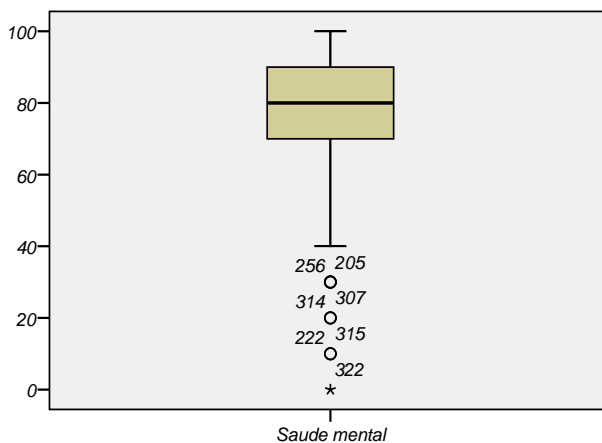
CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Perfil de saúde da amostra

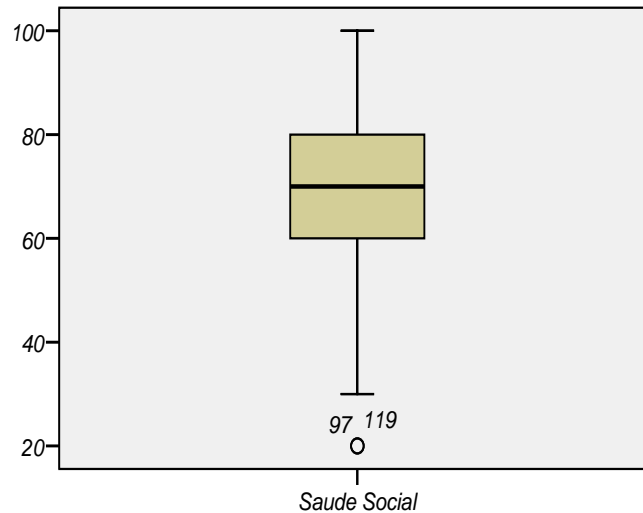
Um dos objectivos do presente trabalho centra-se no estudo da situação de saúde da nossa amostra, através da determinação do seu perfil de saúde, traduzido pelos vários “scores” de saúde resultantes da aplicação do questionário Perfil de Duke.

Gráfico 5 – Valores do “score” de saúde física

Para o “score” de saúde “saúde física” foram obtidos os resultados ($M=70,48$; $DP=22,54$), os valores variaram entre 0 e 100, sendo que a maior parte da amostra se encontra posicionada no 3º quartil.

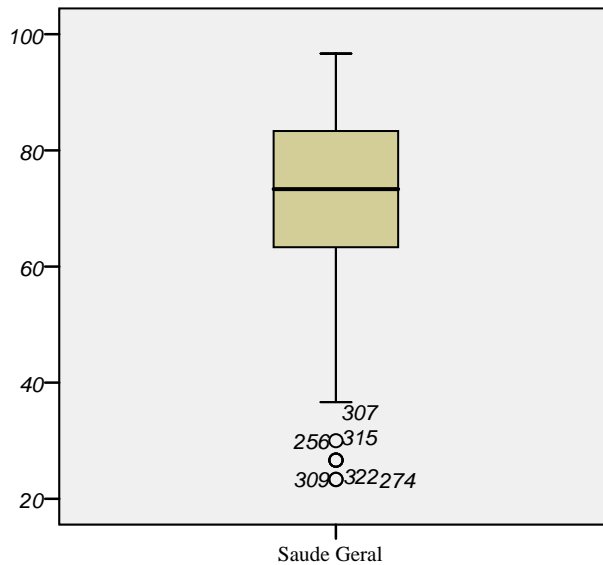
Gráfico 6 – Valores do “score” de saúde mental

O “score” de saúde mental da amostra apresentou ($M=79,10$; $DP=18,9$), com os resultados a variar entre 0 e 100. A maioria da amostra encontra-se distribuída de modo mais ou menos uniforme pelo 1º e 3º quartil.

Gráfico 7 – Valores do “score” de saúde social

No que se refere ao “score “ de saúde social ($M=68,5$; $DP=16,96$), variando os valores deste item este entre 20 e 100, contudo a maioria da amostra encontra-se distribuída quase que equitativamente entre o 1º e o 3º quartil.

Conjugando os resultados apresentados no Gráfico 7 com a informação da Tabela 2 relativa ao estado civil dos inquiridos, julgamos estar perante trabalhadores em plena capacidade produtiva e com filhos, o que indicia que a as suas vidas, familiar e pessoal sofrem restrições em consequência do desempenho de trabalho por turnos. Os valores obtidos no presente trabalho para o score de saúde social traduzem estas vicissitudes saúde social.



0 e 100, distribuída conforme o Gráfico 9.

Gráfico 10 – Valores do “score” de auto estima

Auto estima Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem & Leaf
-----------	-------------

2,00 Extremes (= <10)

1,00 3. &

,00 3 .

3,00 4 . 0

,00 4 .

14,00 5 . 00000000

.00 5 .

24,00 6 . 000000000000

.00 6 .

43,00 7. 000000000000000000000000

,00 7 .

[illegible]

,00 8 .

60,00 9. 00000000000000000000000000000000

,00 9 .

98,00 10 . 000

Stem width: 10,00

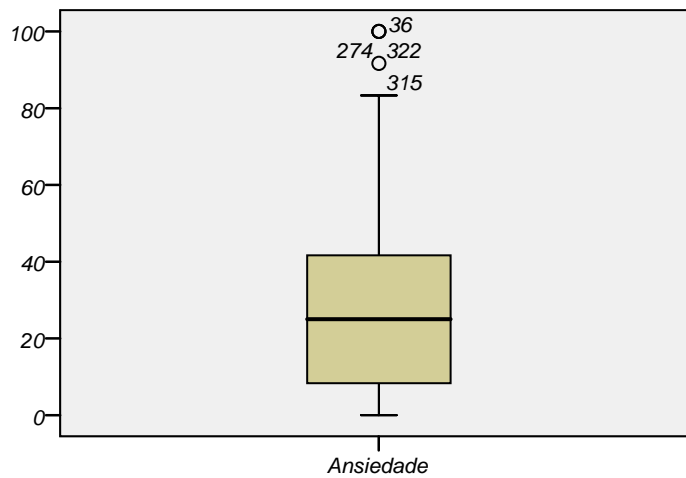
Each leaf: 2 case(s)

& denotes fractional leaves.

Relativamente à auto-estima (M=85,16; DP=42,30), com os valores do score a variar entre 10 e 100 (Gráfico 10)

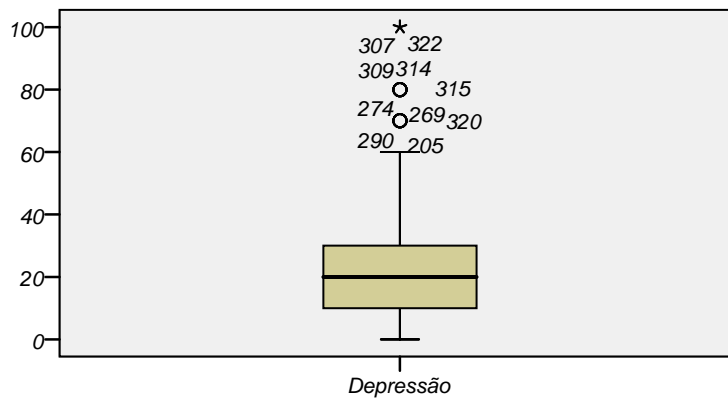
No respeitante às consideradas “medidas disfuncionais de saúde” os valores obtidos foram os seguintes:

Gráfico 11 – Valores do “score“ de Ansiedade

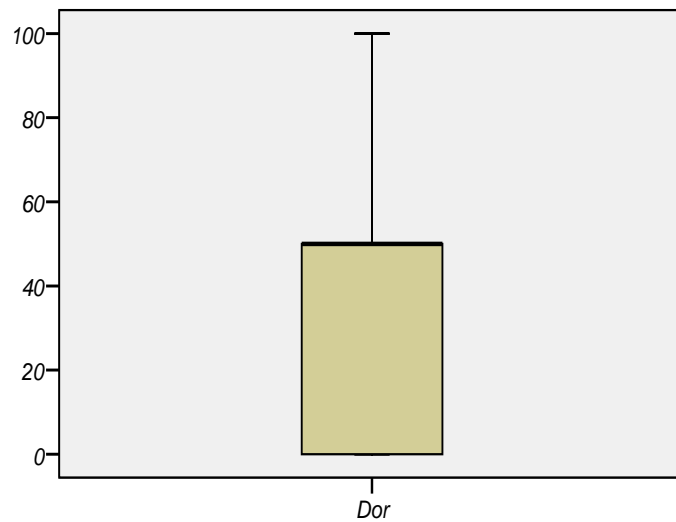


Ansiedade ($M=27,71$; $DP=20,13$), verificando-se a distribuição da amostra maioritariamente entre o 1º e o 3º quartil, apesar de terem sido registadas situações de com valores traduzidos numa elevada ansiedade.

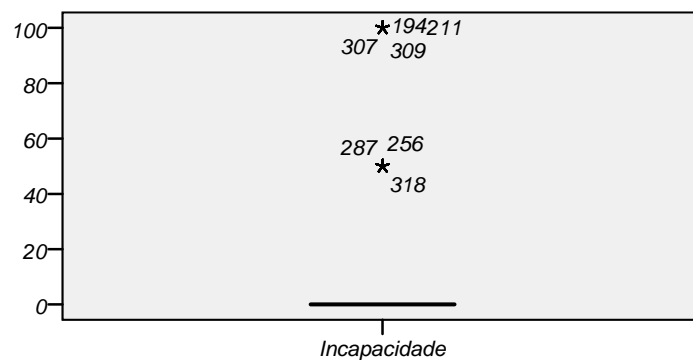
Gráfico 12 – Valores do “score“ de Depressão



Relativamente à depressão ($M=23$; $DP=20,07$). Muito embora a maioria dos inquiridos apresente valores baixos de depressão, concentrando-se entre o 1º e 3º quartil, contudo há 14 polícias com valores de depressão elevados.

Gráfico 13 – Valores do “score” de Dor

No que concerne à dor, apesar da amostra revelar scores de saúde elevados para a saúde percebida, saúde física e mental, a dor ($M=30$; $DP=28,89$) apresenta valores que revelam alguma preocupação. Embora o score de dor varie entre 0 e 100, o Gráfico 13 revela que a maioria da população acusa valores de dor dispersos pelo 1º quartil, com a mediana situada em 50.

Gráfico 14 – Valores do “score” de Incapacidade

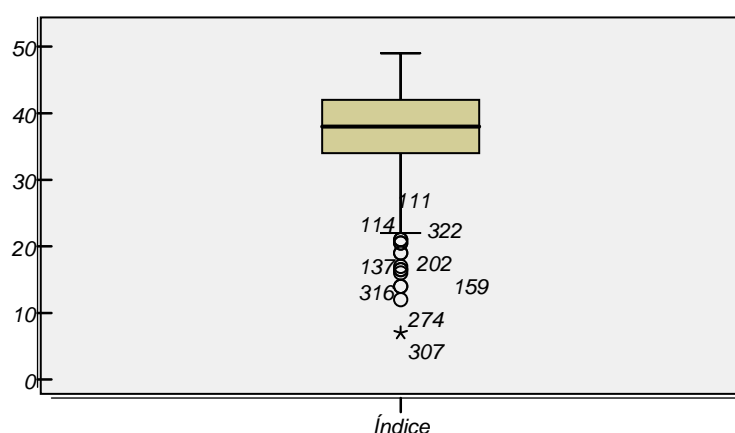
Por último, a Incapacidade ($M=5,92$; $DP=21,33$), com o máximo de 100, equivalente à máxima incapacidade e mínimo de 0, ou seja ausência de qualquer incapacidade. De acordo com a análise do Gráfico 14, constata-se que a maioria da população apresenta-se capaz, sendo que apenas 25 inquiridos apresentam incapacidade igual ou superior a 50.

De acordo com os valores dos “scores” em análise relativos ao perfil de saúde dos polícias inquiridos verificamos que no contexto das apelidadas medidas “funcionais” de saúde (física, mental, social, geral, saúde percebida e auto estima) os valores apresentados revelam alguma coerência, contudo, quando passamos para dimensões ligadas essencialmente com particularidades da saúde mental, nomeadamente: dor, ansiedade, depressão e incapacidade verificamos a existência de situações que aparentemente acusam alguma dissonância. Tal pode advir de outros aspectos que interferem fortemente na personalidade e bem-estar do indivíduo como sejam motivação, satisfação, implicação organizacional entre muitos outros. Adiantam-se ainda com um eventual aspecto com interferência nos resultados apurados as recentes alterações em termos de aposentação, o que vem causado alguma agitação, perturbação e alteração, que se repercute inevitavelmente na saúde. Martinez e Latorre (2006), no seu estudo sobre saúde e capacidade para o trabalho, também obtiveram resultados mais favoráveis nas dimensões representativas da saúde física face às da saúde mental.

3.2 Índice de capacidade para o trabalho da amostra

Seguidamente apresentamos os resultados dos questionários do ICT, classificando os inquiridos em conformidade com o resultado obtido e de acordo com os valores internacionalmente padronizados numa das seguintes categorias: pobre, moderada, boa ou excelente capacidade para o trabalho.

Gráfico 15 – Categoria do ICT



Observou-se que a média dos valores do ICT da amostra é de 36,94%, com um desvio

padrão de 7,13. Os valores do ICT variaram entre 7 e 49 pontos. Conforme Gráfico 15, a maioria dos elementos da amostra apresenta valores de ICT abrangidos pelo 1º e 3º quartil, face a uma mediana de 38 pontos.

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo ICT

Grupo de ICT	Frequência	%	% Válida	% Cumulativa
Pobre capacidade	30	9,2	9,2	9,2
Moderada	96	29,4	29,4	38,5
Boa	139	42,5	42,5	81,0
Excelente	62	19,0	19,0	100,0
Total	327	100,0	100,0	

Dos inquiridos 42,5% apresenta uma “boa” capacidade para o trabalho, seguidos de 29,4% com uma “moderada” capacidade para o trabalho. Com uma “excelente” capacidade para o trabalho figuram 19% e apenas 9,2% apresentam uma “pobre” capacidade para o trabalho.

Estes resultados apresentam valores abaixo, dos tidos como padrão para a população portuguesa, visto que 48,9% dos sujeitos participantes nos estudos efectuados revelaram “boa” capacidade para o trabalho, 26% “excelente” capacidade para o trabalho e 2,7% “pobre” capacidade para o trabalho (Silva et al., 2001.).

Considerando os valores do ICT de trabalhadores portugueses recolhidos até 2006, verifica-se que os revelados pela nossa amostra aproximam-se destes no que se refere à categoria “boa” capacidade para o trabalho, tendo em conta que 48% dos trabalhadores estudados (n=1995) apresentaram essa situação. Os inquiridos apresentam valores inferiores, aos da amostra de trabalhadores portugueses (7,6%) no que concerne à “excelente “ capacidade para o trabalho. Já o número de indivíduos com “pobre” capacidade para o trabalho é superior no universo da nossa amostra, apresentando os trabalhadores portugueses estudados apenas 2,7% nesta categoria (Silva et al., 2001: 12,13).

Pereira (2006) num estudo relativo à determinação do ICT junto de um grupo de trabalhadores portugueses do sector têxtil – confecção obteve valores médios de ICT de 38,06%, com um desvio padrão de 7, enquanto, Maia (2002) no seu estudo efectuado com um grupo de enfermeiros portugueses obteve um valor médio de ICT de 41,44%, com um desvio de 4,24.

Comparando os resultados obtidos no presente trabalho com os dos estudos atrás citados verifica-se que também os valores médios de ICT da nossa amostra são inferiores. Igualmente, a percentagem maior de indivíduos com pobre capacidade para o trabalho surge nos nossos inquiridos: Sílvia Pereira (2006: 138) obteve 8,7% de indivíduos; Maia (200: 100) registou 0,7% e Pereira e tal. (2002) no estudo efectuado junto de docentes identificou 3,1% de indivíduos com ICT baixo.

Consideramos que os valores de ICT agora apurados estão relacionados com as exigências da própria actividade policial, considerada como muito exigente e desgastante, face a outras ocupações, como já atrás fora aludido.

3.2.1 Variáveis com maior incidência no resultado do ICT

Como forma de procurar resposta para a questão inicial “Será que há relação entre a sua situação de saúde e a capacidade para o trabalho?” e indo de encontro ao objectivo específico inicialmente proposto “Relacionar o ICT dos trabalhadores com o seu perfil de saúde”, efectuámos uma correlação de Pearson, tendo em vista medir visando medir o grau de associação linear ou grau de intensidade entre estas variáveis por forma identificar quais as variáveis que mereciam um tratamento estatístico mais preciso (Reis, 1994:185,186), entre as variáveis previamente estabelecidas: idade, saúde física, saúde mental, saúde social, saúde geral, saúde percebida, ansiedade, depressão, dor, auto estima e incapacidade e o ICT dos inquiridos. Os valores encontrados revelam que, com excepção da variável “auto estima”, a correlação entre as restantes variáveis atrás indicadas e o ICT é altamente significativa ($p=.000$) do ponto de vista estatístico. Os valores encontrados são os apresentados na Tabela 7

Da análise da Tabela 7 constata-se que o ICT varia inversamente face às variáveis “idade, ansiedade, depressão, dor e incapacidade”, na medida em que, os valores da correlação entre o ICT e as variáveis atrás referidas evidenciam a existência de uma correlação perfeita mas negativa.

De entre as variáveis assinaladas na Tabela 7 os valores do coeficiente de determinação (variância explicada) revelam que é a variável “Saúde Física” a que melhor explica a variação do ICT (39,2%). Este resultado vai ao encontro do apurado por Martinez e Latorre (2006) em que os trabalhadores do sector eléctrico abrangidos pelo seu estudo apresentavam resultados mais favoráveis nas dimensões que eram representativas da saúde física face às da saúde mental.

Tabela 7 – Correlações entre idade, ICT e saúde**Correlações**

		Idade	Índice	Saúde Física	Saúde mental	Saúde Social	Saúde geral	Saúde percebida	Auto estima	Ansiedade	Depressão	Dor	Incapacidade
Idade	r de Pearson												
	p (2 caudas)												
	N	327											
Índice	r de Pearson	-											
	p (2 caudas)	,457(**)											
	N	327	327										
Saúde Física	r de Pearson	-	,623(**)										
	p (2 caudas)	,341(**)	,000										
	N	318	318	318									
Saúde mental	r de Pearson	-	,489(**)	,556(**)									
	p (2 caudas)	,223(**)	,000	,000									
	N	318	318	318	318								
Saúde Social	r de Pearson	-,077	,229(**)	,312(**)	,436(**)								
	p (2 caudas)	,174	,000	,000	,000								
	N	318	318	318	318	318							
Saúde geral	r de Pearson	-	,593(**)	,832(**)	,814(**)	,701(**)							
	p (2 caudas)	,291(**)	,000	,000	,000	,000							
	N	318	318	318	318	318	318						
Saúde percebida	r de Pearson	-	,514(**)	,572(**)	,449(**)	,289(**)	,573(**)						
	p (2 caudas)	,214(**)	,000	,000	,000	,000	,000						
	N	318	318	317	317	317	317	318					
Auto estima	r de Pearson	-,021	,056	,033	,221(**)	,224(**)	,190(**)	,069					
	p (2 caudas)	,710	,325	,562	,000	,000	,001	,222					
	N	315	315	314	314	314	314	314	315				
Ansiedade	r de Pearson	-,265(**)	-	-	-	-	-	-,407(**)	-				
	p (2 caudas)	,514(**)	,656(**)	,716(**)	,588(**)	,832(**)	-,172(**)	,000	,002				
	N	318	318	318	318	318	318	317	314	318			
Depressão	r de Pearson	-,288(**)	-	-	-	-	-	-,480(**)	-	,793(**)			
	p (2 caudas)	,582(**)	,715(**)	,828(**)	,441(**)	,851(**)	,176(**)	,000	,002	,000			
	N	318	318	318	318	318	318	317	314	318	318		
Dor	r de Pearson	-,188(**)	-	-	-	-,106	-	-,413(**)	,007	,360(**)	,445(**)		
	p (2 caudas)	,383(**)	,625(**)	,268(**)	,059	,460(**)	,000	,000	,898	,000	,000		
	N	317	317	317	317	317	317	316	313	317	317	317	
Incapacidade	r de Pearson	-,171(**)	-	-	-	-,136(*)	-	-,193(**)	-,044	,215(**)	,315(**)	,246(**)	
	p (2 caudas)	,346(**)	,300(**)	,197(**)	,015	,278(**)	,001	,435	,000	,000	,000	,000	
	N	318	318	318	318	318	318	317	314	318	318	317	318

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

O teste de correlação de Pearson para as variáveis em estudo e atrás identificadas demonstra existir uma correlação altamente significativa do ponto de vista estatístico ($p=,000$, $p=,001$ e $p=,002$) entre a quase totalidade das variáveis entre si, registando as variáveis “saúde social”, “auto estima e incapacidade” resultados de ausências de correlação entre algumas das variáveis. Por seu lado Martinez e Latorre (2006) para todas as dimensões de saúde analisadas obtiveram associação com a capacidade para o trabalho, sendo que quanto melhor a qualidade de saúde, melhor a capacidade para o trabalho.

Relativamente à variável “saúde social”, os resultados do teste de correlação mostram existir uma correlação altamente significativa ($p=,001$) com as variáveis “saúde física, saúde mental, saúde percebida, depressão e ICT”, uma correlação significativa ($p=,015$) com a variável “incapacidade” e ausência de correlação com a variável “idade e dor”.

No que se refere à variável “auto estima” a correlação de Pearson evidencia uma correlação altamente significativa com as variáveis “saúde mental” ($p=,000$), “saúde social” ($p=,000$), “saúde geral” ($p=001$), “ansiedade” ($p=,002$) e “depressão” ($p=,002$), sendo que, existe ausência de correlação com as variáveis “saúde percebida, dor, incapacidade, idade, ICT e saúde física”.

Quanto à variável “incapacidade”, a correlação de Pearson entre esta variável e a “saúde social” ($r= -0,136$) é significativa, não existe correlação com a “auto estima” e apresenta uma correlação altamente significativa do ponto de vista estatístico com a “idade” ($p=,002$), a “saúde percebida” ($p=,001$), o “ICT, a “saúde física”, “a saúde mental”, a saúde geral”, a ansiedade” e a “depressão” ($p=,000$).

Chegados a esta fase e tendo cumprido o objectivo específico a que nos propusemos “Relacionar o ICT dos trabalhadores com o seu perfil de saúde”, afigurasse-nos como resposta à questão inicialmente apresentada “Será que há relação entre a sua situação de saúde e a capacidade para o trabalho?” que após a análise da Tabela 7s concluímos que, com excepção da variável “auto estima”, a correlação entre as restantes variáveis atrás indicadas e o ICT é altamente significativa ($p=,000$) do ponto de vista estatístico.

3.2.2 Variáveis que discriminam significativamente os sujeitos da amostra

A variável “idade” foi transformada, criando-se uma nova variável “grupo etário”, tendo os sujeitos da amostra sido agrupados consoante a idade em quatro faixas etárias (até ao 37 anos, dos 38 aos 43, dos 44 aos 47 e 48 ou mais)

Recorremos agora à MANOVA a fim de averiguarmos quais das variáveis (Grupo Etário, Regime de Trabalho, Categoria Profissional e Escolaridade) que discriminam significativamente os sujeitos da amostra, relativamente às variáveis “índice de capacidade para o trabalho” e os indicadores de saúde (Duke), à excepção da sub -escala “Auto -estima”,

Tabela 8 - Testes Multivariados

Efeito		Valor	F	gl das hipóteses	DP do Erro	p	Potência observada(a)
Intercepção	Wilks' Lambda	,092	285,173(b)	10,000	288,000	,000	1,000
Grupo Etário	Wilks' Lambda	,801	2,219	30,000	846,013	,000	1,000
Regime Trabalho	Pillai's Trace	,066	,650	30,000	870,000	,927	,652
Categoria Profissional	Roy's Largest Root	,063	1,816(c)	10,000	289,000	,057	,838
Escolaridade	Pillai's Trace	,115	,862	40,000	1164,000	,714	,897

De acordo com a Tabela 8 os testes multivariados revelaram que apenas a variável “grupo etário” discrimina significativamente ($p < .001$) os sujeitos da amostra relativamente às diversas variáveis dependentes.

Assim sendo, efectuámos uma MANOVA só com o factor “Grupo Etário”.

Tabela 9 – Manova com Grupo Etário (Testes dos efeitos entre os sujeitos)

Fonte	Variável dependente	SQ Tipo III	gl	QM	F	p
Grupo Etário	Índice	3733,488	3	1244,496	31,425	,000
	Saude Fisica	19119,103	3	6373,034	14,293	,000
	Saude mental	5777,070	3	1925,690	5,601	,001
	Saude Social	2430,894	3	810,298	2,875	,036
	Saude geral	7071,795	3	2357,265	10,861	,000
	Saude percebida	14441,774	3	4813,925	5,388	,001
	Ansiedade	9045,522	3	3015,174	7,992	,000
	Depressão	10186,909	3	3395,636	9,079	,000
	Dor	10147,218	3	3382,406	4,181	,006
	Incapacidade	7762,976	3	2587,659	6,008	,001
	Incapacidade	139548,387	309			

Constata-se que o factor “Grupo Etário” discrimina os sujeitos em todas as variáveis dependentes (Tabela 9)

De forma a averiguar a existência de diferenças significativas do ICT, saúde Física, saúde Mental, Saúde Social, Saúde Geral, Saúde Percebida, Ansiedade e depressão entre os vários escalões etários, efectuámos uma nova MANOVA. Os testes Post Hoc revelam que,

Tabela 10 - Comparações Par a Par para ICT

(I) Grupo Etário	(J) Grupo Etário	Diferença de médias (I-J)	p	IC (95%) para a Diferença das médias	
Até 37 anos	Até 37 anos				
	Dos 38 aos 43 anos	1,436	,163	-,584	3,456
	Dos 44 aos 47 anos	4,574(*)	,000	2,639	6,508
	48 anos ou mais	8,980(*)	,000	7,033	10,927
Dos 38 aos 43 anos	Até 37 anos	-1,436	,163	-3,456	,584
	Dos 38 aos 43 anos				
	Dos 44 aos 47 anos	3,138(*)	,003	1,096	5,181
	48 anos ou mais	7,545(*)	,000	5,490	9,599
Dos 44 aos 47 anos	Até 37 anos	-4,574(*)	,000	-6,508	-2,639
	Dos 38 aos 43 anos	-3,138(*)	,003	-5,181	-1,096
	Dos 44 aos 47 anos				
	48 anos ou mais	4,406(*)	,000	2,436	6,377
48 anos ou mais	Até 37 anos	-8,980(*)	,000	-10,927	-7,033
	Dos 38 aos 43 anos	-7,545(*)	,000	-9,599	-5,490
	Dos 44 aos 47 anos	-4,406(*)	,000	-6,377	-2,436
	48 anos ou mais				

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,050 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

Relativamente ao ICT, há diferenças entre todos os grupos etários com excepção entre o grupo com “até 37 anos” e o grupo “dos 38 aos 43 anos” (Tabela 10). A Organização Mundial de Saúde considera trabalhadores em envelhecimento, aqueles com 45 anos de idade ou mais (Monteiro et al. 2005: 89). Deste modo os valores obtidos para o ICT tendem a traduzir essa perspectiva.

Tabela 11 – Média do ICT por grupo etário

Variável dependente	Grupo Etário	Media	Erro Padrão	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Índice	Até 37 anos	40,724	,687	39,373	42,075
	Dos 38 aos 43 anos	39,288	,763	37,787	40,790
	Dos 44 aos 47 anos	36,150	,704	34,766	37,534
	48 anos ou mais	31,744	,713	30,341	33,146

Por outro lado, resulta da análise da Tabela 11 que a média do ICT diminui com o aumento da idade:

Comparando os valores da Tabela 11 com os resultados do estudo desenvolvido com trabalhadores portugueses, constata-se que, muito embora os grupos etários considerados não sejam idênticos, no entanto, da comparação entre ambos constata-se que os valores médios de ICT para os nossos grupos etários “até 37 anos” e “dos 38 aos 43 anos “ são semelhantes, para os restantes grupos etários o ICT da nossa amostra é inferior. Refira-se que o presente estudo apresenta um valor médio de ICT de 35,8 para o grupo etário 56-67 anos (Silva et al., 2001.).

Silva et al. (2001) referem que “os factores que enfraquecem a capacidade para o trabalho começam a acumular-se na meia-idade e são essencialmente observados em trabalhadores a partir dos 45 anos”, também a nossa amostra segue esta tendência, conforme decorre da Tabela 11.

Tabela 12 - Comparações Par a Par para Saúde Física

(I) Grupo Etário	(J) Grupo Etário	Diferença de médias (I-J)	p	IC (95%) para a Diferença das médias	
Até 37 anos	Até 37 anos				
	Dos 38 aos 43 anos	9,258(*)	,008	2,480	16,036
	Dos 44 aos 47 anos	15,655(*)	,000	9,164	22,146
	48 anos ou mais	20,495(*)	,000	13,961	27,028
Dos 38 aos 43 anos	Até 37 anos	-9,258(*)	,008	-16,036	-2,480
	Dos 38 aos 43 anos				
	Dos 44 aos 47 anos	6,397	,067	-,456	13,250
	48 anos ou mais	11,237(*)	,001	4,343	18,130
Dos 44 aos 47 anos	Até 37 anos	-15,655(*)	,000	-22,146	-9,164
	Dos 38 aos 43 anos	-6,397	,067	-13,250	,456
	Dos 44 aos 47 anos				
	48 anos ou mais	4,840	,151	-1,772	11,451
48 anos ou mais	Até 37 anos	-20,495(*)	,000	-27,028	-13,961
	Dos 38 aos 43 anos	-11,237(*)	,001	-18,130	-4,343
	Dos 44 aos 47 anos	-4,840	,151	-11,451	1,772
	48 anos ou mais				

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,050 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

No que se refere ao “score” de Saúde Física, da análise da Tabela 12 revela que o Grupo etário “até 37 anos” distingue-se de todos os restantes grupos e o grupo “dos 38 aos 43 anos” apenas se distingue do grupo de mais idade.

Tabela 13 – Média do “score” de Saúde Física face à idade

Variável dependente	Grupo Etário	Media	Erro Padrão	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Saúde Física	Até 37 anos	81,905	2,304	77,371	86,438
	Dos 38 aos 43 anos	72,647	2,561	67,608	77,686
	Dos 44 aos 47 anos	66,250	2,361	61,605	70,895
	48 anos ou mais	61,410	2,391	56,706	66,115

À semelhança do ICT, também o “score” de Saúde Física varia inversamente com a idade, apresentando os de mais idade um menor valor nesse item (Tabela 13)

Tabela 14 - Comparações Par a Par para Saúde Mental

(I) Grupo Etário	(J) Grupo Etário	Diferença de médias (I-J)	p	IC (95%) para a Diferença das médias	
Até 37 anos	Até 37 anos				
	Dos 38 aos 43 anos	6,450(*)	,034	,498	12,401
	Dos 44 aos 47 anos	8,964(*)	,002	3,264	14,664
	48 anos ou mais	11,227(*)	,000	5,490	16,964
Dos 38 aos 43 anos	Até 37 anos	-6,450(*)	,034	-12,401	-,498
	Dos 38 aos 43 anos				
	Dos 44 aos 47 anos	2,515	,412	-3,503	8,533
	48 anos ou mais	4,778	,121	-1,276	10,831
Dos 44 aos 47 anos	Até 37 anos	-8,964(*)	,002	-14,664	-3,264
	Dos 38 aos 43 anos	-2,515	,412	-8,533	3,503
	Dos 44 aos 47 anos				
	48 anos ou mais	2,263	,444	-3,543	8,069
48 anos ou mais	Até 37 anos	-11,227(*)	,000	-16,964	-5,490
	Dos 38 aos 43 anos	-4,778	,121	-10,831	1,276
	Dos 44 aos 47 anos	-2,263	,444	-8,069	3,543
	48 anos ou mais				

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,050 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

Quanto à Saúde Mental, apenas o grupo “até 37 anos” é que se distingue dos restantes.

Tabela 15 – Média do “score” de Saúde Mental face à idade

Variável dependente	Grupo Etário	Media	Erro Padrão	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Saúde Mental	Até 37 anos	85,714	2,023	81,733	89,695
	Dos 38 aos 43 anos	79,265	2,249	74,840	83,689
	Dos 44 aos 47 anos	76,750	2,073	72,671	80,829
	48 anos ou mais	74,487	2,099	70,356	78,618

Da Tabela15 decorre que os valores do “score” de Saúde Mental diminuem inversamente com a idade. Uma possível explicação para estes resultados poderá situar-se ao nível das alterações no processo de aposentação, que têm vindo a ser referidas ou da exposição a elevadas cargas mentais no trabalho (Martinez e Latorre, 2006).

Tabela 16 - Comparações Par a Par para Saúde Social

(I) Grupo Etário	(J) Grupo Etário	Diferença de médias (I-J)	p	IC (95%) para a Diferença das médias	
Até 37 anos	Até 37 anos				
	Dos 38 aos 43 anos	7,850(*)	,004	2,462	13,239
	Dos 44 aos 47 anos	3,637	,167	-1,523	8,797
	48 anos ou mais	4,954	,061	-,240	10,148
Dos 38 aos 43 anos	Até 37 anos	-7,850(*)	,004	-13,239	-2,462
	Dos 38 aos 43 anos				
	Dos 44 aos 47 anos	-4,213	,129	-9,662	1,235
	48 anos ou mais	-2,896	,299	-8,376	2,584
Dos 44 aos 47 anos	Até 37 anos	-3,637	,167	-8,797	1,523
	Dos 38 aos 43 anos	4,213	,129	-1,235	9,662
	Dos 44 aos 47 anos				
	48 anos ou mais	1,317	,622	-3,939	6,574
48 anos ou mais	Até 37 anos	-4,954	,061	-10,148	,240
	Dos 38 aos 43 anos	2,896	,299	-2,584	8,376
	Dos 44 aos 47 anos	-4,406(*)	,622	-6,574	3,939
	48 anos ou mais				

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,050 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

Centrando-nos nos valores do score de Saúde Social os testes post hoc mostram que apenas o grupo “até 37 anos” se distingue do grupo “dos 38 aos 43 anos” (Tabela 16).

Tabela 17 – Média do “score” de Saúde Social face à idade

Variável dependente	Grupo Etário	Média	Erro Padrão	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Saúde Social	Até 37 anos	72,262	1,832	68,658	75,866
	Dos 38 aos 43 anos	64,412	2,036	60,406	68,418
	Dos 44 aos 47 anos	68,625	1,877	64,932	72,318
	48 anos ou mais	67,308	1,901	63,568	71,048

No que respeita à relação do “score” de Saúde Social com a idade, decorre da análise da Tabela que é no grupo etário “dos 38 aos 43 anos” que este item atinge valores mais baixos. De momento, com não nos é possível aventar uma possível explicação para este facto, carecendo de outras investigações.

Tabela 18 - Comparações Par a Par para Saúde Geral

(I) Grupo Etário	(J) Grupo Etário	Diferença de médias (I-J)	p	IC (95%) para a Diferença das médias	
Até 37 anos	Até 37 anos				
	Dos 38 aos 43 anos	8,124(*)	,001	3,395	12,853
	Dos 44 aos 47 anos	9,740(*)	,000	5,211	14,269
	48 anos ou mais	12,462(*)	,000	7,904	17,020
Dos 38 aos 43 anos	Até 37 anos	-8,124(*)	,001	-12,853	-3,395
	Dos 38 aos 43 anos				
	Dos 44 aos 47 anos	1,615	,507	-3,166	6,397
	48 anos ou mais	4,338	,077	-,472	9,147
Dos 44 aos 47 anos	Até 37 anos	-9,740(*)	,000	-14,269	-5,211
	Dos 38 aos 43 anos	-1,615	,507	-6,397	3,166
	Dos 44 aos 47 anos				
	48 anos ou mais	2,722	,246	-1,891	7,335
48 anos ou mais	Até 37 anos	-12,462(*)	,000	-17,020	-7,904
	Dos 38 aos 43 anos	-4,338	,077	-9,147	,472
	Dos 44 aos 47 anos	-2,722	,246	-7,335	1,891
	48 anos ou mais				

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,050 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

No Contexto do “score” de Saúde Geral, só o grupo “até 37 anos” se distingue dos restantes.

Tabela 19 – Média do “score” de Saúde Geral face à idade

Variável dependente	Grupo Etário	Media	Erro Padrão	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Saúde Geral	Até 37 anos	80,278	1,607	77,115	83,441
	Dos 38 aos 43 anos	72,154	1,787	68,638	75,669
	Dos 44 aos 47 anos	70,538	1,647	67,297	73,780
	48 anos ou mais	67,816	1,668	64,534	71,099

Da Tabela 19 decorre que à semelhança dos “scores” de Saúde Física e Mental também o de Saúde Geral diminui com o aumento da idade. Uma explicação para estes resultados centra-se essencialmente nos efeitos provocados pelo envelhecimento no ser humano o que implica uma perda em quase todas as suas capacidades.

Tabela 20- Comparações Par a Par para Saúde Percebida

(I) Grupo Etário	(J) Grupo Etário	Diferença de médias (I-J)	p	IC (95%) para a Diferença das médias	
Até 37 anos	Até 37 anos				
	Dos 38 aos 43 anos	3,625	,458	-5,970	13,220
	Dos 44 aos 47 anos	7,302	,119	-1,887	16,490
	48 anos ou mais	18,071(*)	,000	8,822	27,320
Dos 38 aos 43 anos	Até 37 anos	-3,625	,458	-13,220	5,970
	Dos 38 aos 43 anos				
	Dos 44 aos 47 anos	3,676	,456	-6,025	13,378
	48 anos ou mais	14,446(*)	,004	4,687	24,205
Dos 44 aos 47 anos	Até 37 anos	-7,302	,119	-16,490	1,887
	Dos 38 aos 43 anos	-3,676	,456	-13,378	6,025
	Dos 44 aos 47 anos				
	48 anos ou mais	10,769(*)	,024	1,410	20,129
48 anos ou mais	Até 37 anos	-18,071(*)	,000	-27,320	-8,822
	Dos 38 aos 43 anos	-14,446(*)	,004	-24,205	-4,687
	Dos 44 aos 47 anos	-10,769(*)	,024	-20,129	-1,410
	48 anos ou mais				

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,050 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

No que concerne à saúde percebida somente o grupo mais idoso se distingue dos restantes, não se distinguindo estes entre si.

Tabela 21 – Média do “score” de Saúde Percebida face à idade

Variável dependente	Grupo Etário	Média	Erro Padrão	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Saúde percebida	Até 37 anos	82,302	3,261	75,884	88,719
	Dos 38 aos 43 anos	78,676	3,625	71,544	85,809
	Dos 44 aos 47 anos	75,000	3,342	68,424	81,576
	48 anos ou mais	64,231	3,385	57,571	70,891

Também os sujeitos da nossa amostra revelam um “score” de saúde percebida que varia inversamente com a idade, registando-se os valores mais elevados no grupo etário mais novo (Tabela 21)

Tabela 22 - Comparações Par a Par para Ansiedade

(I) Grupo Etário	(J) Grupo Etário	Diferença de médias (I-J)	p	IC (95%) para a Diferença das médias	
Até 37 anos	Até 37 anos				
	Dos 38 aos 43 anos	-7,674(*)	,016	-13,909	-1,440
	Dos 44 aos 47 anos	-10,682(*)	,000	-16,653	-4,711
	48 anos ou mais	-14,291(*)	,000	-20,301	-8,281
Dos 38 aos 43 anos	Até 37 anos	7,674(*)	,016	1,440	13,909
	Dos 38 aos 43 anos				
	Dos 44 aos 47 anos	-3,008	,349	-9,312	3,296
	48 anos ou mais	-6,617(*)	,041	-12,958	-,275
Dos 44 aos 47 anos	Até 37 anos	10,682(*)	,000	4,711	16,653
	Dos 38 aos 43 anos	3,008	,349	-3,296	9,312
	Dos 44 aos 47 anos				
	48 anos ou mais	-3,609	,244	-9,691	2,473
48 anos ou mais	Até 37 anos	14,291(*)	,000	8,281	20,301
	Dos 38 aos 43 anos	6,617(*)	,041	,275	12,958
	Dos 44 aos 47 anos	3,609	,244	-2,473	9,691
	48 anos ou mais				

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,050 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

Quanto ao “score” de Ansiedade, a Tabela 22 indica que o grupo mais novo se distingue de todos os grupos e que o grupo etário “dos 38 aos 43 anos” se distingue do grupo que apresenta mais idade

Tabela 23 – Média do “score” de Ansiedade face à idade

Variável dependente	Grupo Etário	Media	Erro Padrão	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Ansiedade	Até 37 anos	19,773	2,119	15,603	23,944
	Dos 38 aos 43 anos	27,448	2,355	22,813	32,083
	Dos 44 aos 47 anos	30,456	2,172	26,183	34,729
	48 anos ou mais	34,065	2,199	29,737	38,392

Da relação entre os valores das médias deste item e a idade resulta que os valores deste item aumentam com o avanço da idade (Tabela 23). Uma explicação para este facto pode estar nos aspectos ligados com as alterações ao regime de aposentações. Junto da maioria da população

policial, em especial ao nível e Agentes, com o avançar dos anos, a passagem à aposentação é muito desejada. Constatase que, apesar do limite de idade para permanência ao serviço para a categoria de Agentes e Chefes ser os 60 anos, são escassos os elementos que atingem essa meta.

Tabela 24 - Comparações Par a Par para Depressão

(I) Grupo Etário	(J) Grupo Etário	Diferença de médias (I-J)	p	IC (95%) para a Diferença das médias	
Até 37 anos	Até 37 anos				
	Dos 38 aos 43 anos	-6,709(*)	,034	-12,916	-,501
	Dos 44 aos 47 anos	-11,363(*)	,000	-17,308	-5,418
	48 anos ou mais	-14,982(*)	,000	-20,965	-8,998
Dos 38 aos 43 anos	Até 37 anos	6,709(*)	,034	,501	12,916
	Dos 38 aos 43 anos				
	Dos 44 aos 47 anos	-4,654	,146	-10,931	1,622
	48 anos ou mais	-8,273(*)	,010	-14,587	-1,959
Dos 44 aos 47 anos	Até 37 anos	11,363(*)	,000	5,418	17,308
	Dos 38 aos 43 anos	4,654	,146	-1,622	10,931
	Dos 44 aos 47 anos				
	48 anos ou mais	-3,619	,241	-9,674	2,437
48 anos ou mais	Até 37 anos	14,982(*)	,000	8,998	20,965
	Dos 38 aos 43 anos	8,273(*)	,010	1,959	14,587
	Dos 44 aos 47 anos	3,619	,241	-2,437	9,674
	48 anos ou mais				

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,050 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

No que concerne ao “score” de Depressão os resultados dos testes Post-Hoc apresentam conclusões idênticas às referidas para a ansiedade (Tabela 24).

Tabela 25 – Média do “score” de Depressão face à idade

Variável dependente	Grupo Etário	Media	Erro Padrão	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Depressão	Até 37 anos	14,762	2,110	10,610	18,914
	Dos 38 aos 43 anos	21,471	2,345	16,856	26,085
	Dos 44 aos 47 anos	26,125	2,162	21,870	30,380
	48 anos ou mais	29,744	2,190	25,435	34,052

Decorre de igual forma da Tabela 25 que os valores deste item aumentam com a idade. Aventam-se como eventuais explicações para este facto, as já referidas a propósito da “Ansiedade”.

Tabela 26 - Comparações Par a Par para Dor

(I) Grupo Etário	(J) Grupo Etário	Diferença de médias (I-J)	P	IC (95%) para a Diferença das médias	
Até 37 anos	Até 37 anos				
	Dos 38 aos 43 anos	-6,793	,144	-15,923	2,337
	Dos 44 aos 47 anos	-13,631(*)	,002	-22,375	-4,887
	48 anos ou mais	-13,278(*)	,003	-22,079	-4,478
Dos 38 aos 43 anos	Até 37 anos	6,793	,144	-2,337	15,923
	Dos 38 aos 43 anos				
	Dos 44 aos 47 anos	-6,838	,146	-16,070	2,393
	48 anos ou mais	-6,486	,170	-15,772	2,800
Dos 44 aos 47 anos	Até 37 anos	13,631(*)	,002	4,887	22,375
	Dos 38 aos 43 anos	6,838	,146	-2,393	16,070
	Dos 44 aos 47 anos				
	48 anos ou mais	,353	,938	-8,554	9,259
48 anos ou mais	Até 37 anos	13,278(*)	,003	4,478	22,079
	Dos 38 aos 43 anos	6,486	,170	-2,800	15,772
	Dos 44 aos 47 anos	-,353	,938	-9,259	8,554
	48 anos ou mais				

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,050 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

No contexto dos resultados do “score” de Dor, apenas o grupo “até 37 anos” se distingue dos grupos “dos 44 aos 47 anos” e dos mais velhos.

Tabela 27 – Média do “score” de Dor face à idade

Variável dependente	Grupo Etário	Média	Erro Padrão	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Dor	Até 37 anos	22,619	3,103	16,512	28,726
	Dos 38 aos 43 anos	29,412	3,449	22,624	36,199
	Dos 44 aos 47 anos	36,250	3,180	29,992	42,508
	48 anos ou mais	35,897	3,221	29,560	42,235

Da relação entre o “score” de dor e a idade regista-se que o grupo etário “dos 44 aos 47 anos” é o que apresenta maiores valores neste item. Não nos é possível inventariar uma explicação para os valores registados neste item, necessitando-se de outro tipo de dados, visto que, o normal seria que os de mais idade, devido aos efeitos provocados pelo envelhecimento, apresentassem índices mais elevados.

Tabela 28 - Comparações Par a Par para Incapacidade

(I) Grupo Etário	(J) Grupo Etário	Diferença de médias (I-J)	p	IC (95%) para a Diferença das médias	
Até 37 anos	Até 37 anos				
	Dos 38 aos 43 anos	-3,957	,243	-10,618	2,705
	Dos 44 aos 47 anos	-1,935	,551	-8,314	4,445
	48 anos ou mais	-12,912(*)	,000	-19,333	-6,491
Dos 38 aos 43 anos	Até 37 anos	3,957	,243	-2,705	10,618
	Dos 38 aos 43 anos				
	Dos 44 aos 47 anos	2,022	,555	-4,713	8,758
	48 anos ou mais	-8,956(*)	,010	-15,731	-2,180
Dos 44 aos 47 anos	Até 37 anos	1,935	,551	-4,445	8,314
	Dos 38 aos 43 anos	-2,022	,555	-8,758	4,713
	Dos 44 aos 47 anos				
	48 anos ou mais	-10,978(*)	,001	-17,476	-4,480
48 anos ou mais	Até 37 anos	12,912(*)	,000	6,491	19,333
	Dos 38 aos 43 anos	8,956(*)	,010	2,180	15,731
	Dos 44 aos 47 anos	10,978(*)	,001	4,480	17,476
	48 anos ou mais				

Based on estimated marginal means

* The mean difference is significant at the ,050 level.

a Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference (equivalent to no adjustments).

No que respeita à incapacidade apenas o grupo mais idoso se distingue de todos os restantes grupos etários, conforme Tabela 28. Tal, pode advir do processo normal da perda de capacidades com o avançar da idade (Teiger, 1985; Silva, 1994 e Borralho, 2000).

Tabela 29 - Estimativas das médias de Incapacidade por Grupo Etário

Variável dependente	Grupo Etário	Media	Erro Padrão	IC 95%	
				Limite inferior	Limite superior
Incapacidade	Até 37 anos	1,190	2,264	-3,265	5,646
	Dos 38 aos 43 anos	5,147	2,517	,195	10,099
	Dos 44 aos 47 anos	3,125	2,320	-1,441	7,691
	48 anos ou mais	14,103	2,350	9,479	18,726

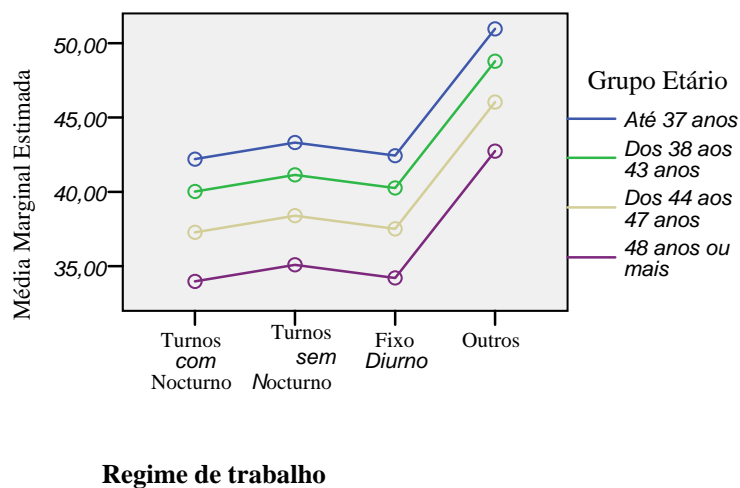
O grupo etário mais novo é o que revela valores mais baixos de incapacidade, seguido do Grupo etário “dos 44 aos 47 anos” (Tabela 29).

3.3. O Trabalho por turnos

3.3.1. O Trabalho por turnos e o ICT

Como forma de encontrar resposta à questão inicial “Será que o desempenho do trabalho por turnos se repercute negativamente na capacidade para o trabalho e na saúde dos polícias do Comando de Polícia da PSP de Braga?” e no intuito de cumprir os objectivos específicos “Analisar o impacto do trabalho por turnos na saúde e na capacidade laboral” efectuámos uma MANOVA para avaliar as interferências dos vários regimes de trabalho praticados pelos sujeitos da nossa amostra no ICT e nos itens do perfil de Saúde. Muito embora tenhamos analisado para além do grupo etário as variáveis Categoria Profissional e Escolaridade, apenas faremos referência a estas, caso os resultados apresentem relevância no contexto do presente estudo. Também não é feita referência aos valores apresentados pelo regime de trabalho identificado como “outros” em virtude deste conter todo em conjunto de situações “atípicas” face aos regimes de trabalho considerados no presente estudo. Nesse grupo incluímos as situações de flexibilidade de horário, prestação de serviços moderados, horários de 24 horas, entre outros.

Gráfico 16 – Regime de trabalho, ICT e Grupo Etário



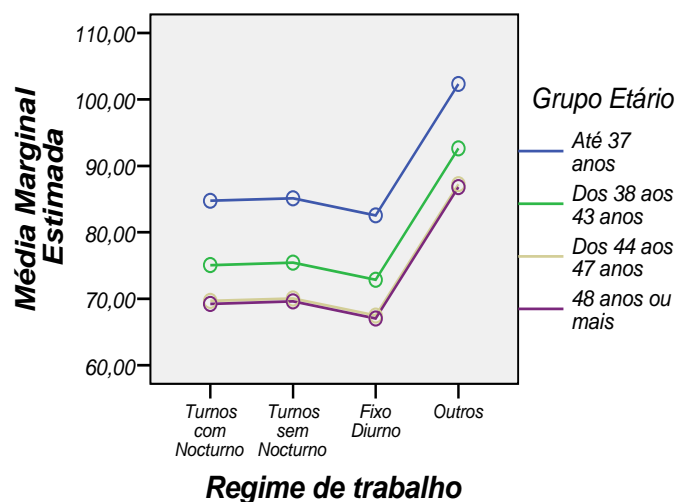
Nesta esteira e considerando os grupos etários criados, verifica-se que os valores de ICT dos inquiridos que trabalham em regime de turnos incluído o turno nocturno não se distinguem dos valores do ICT dos inquiridos que trabalham nos regimes de turno fixo diurno e regime de turnos sem nocturno, em todos os grupos etários, (considerando-se assim que a variável trabalho por “turnos com turno nocturno”, não se encontra associada à percepção do índice de capacidade para o trabalho, pelo que os resultados indicam que o regime de trabalho não é relevante para explicar as diferenças de ICT e consequentemente explicar a percepção da fadiga dos trabalhadores.

Estes resultados vêm contrariar algumas das considerações tradicionais sobre o trabalho por turnos noturno e a capacidade para o trabalho já em tempo apresentadas e refutar parcialmente a **Hipótese 1** do presente trabalho (“O índice de capacidade para o trabalho e a situação de saúde dos polícias que trabalham por turnos apresenta diferenças face aos polícias com o diurno”) (Metzner e Fischer, 2001).

Relativamente à distribuição dos sujeitos da amostra por categoria profissional, consta-se que são os Agentes que apresentam valores de ICT mais baixos ($M=36,46$; $DP=7,36$), seguidos dos Chefes ($M=39,76$; $DP=5,25$) que pouco se diferenciam dos oficiais ($M=40,00$; $DP=4,60$). Estes dados referem-se a um Intervalo de Confiança de 95%. De alguma forma estes valores poderão estar associados às exigências das funções desempenhadas, em especial ao desempenho do trabalho por turnos no exterior da esquadra.

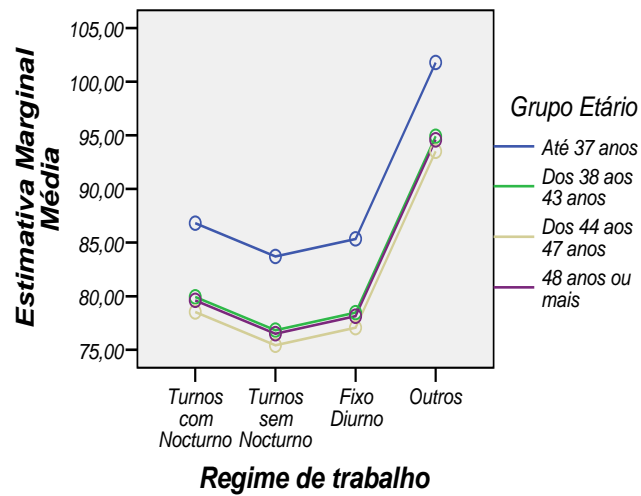
3.3.2. Trabalho por turnos e Situação de saúde

Gráfico 17 – Regime de trabalho, Saúde Física e Grupo Etário



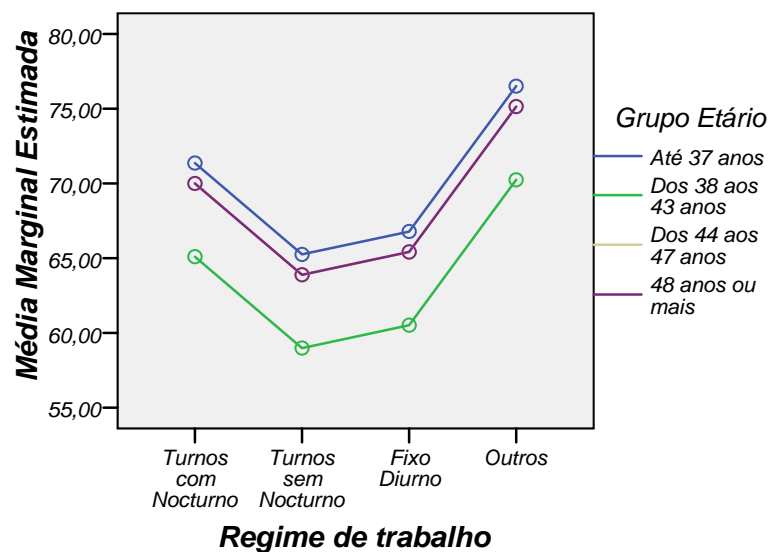
No que se refere à análise da situação de saúde dos inquiridos constata-se que os valores do “score” de Saúde Física e para todos os grupos etários, se apresentam mais baixos junto dos indivíduos com horário de serviço diurno. Dentro dos vários grupos etários os valores mais elevados registam-se junto dos indivíduos com idade até aos 37 anos (Gráfico 17). Relativamente aos valores baixos registados pelos inquiridos com horário de serviço diurno, como fora referido, a maioria destes desempenha tarefas de carácter administrativo, bastante sedentárias, facto que pode inter

ferir no “score” de saúde física.

Gráfico 18 – Regime de trabalho, Saúde Mental e Grupo Etário

Resultados idênticos são apresentados no âmbito do item Saúde Mental. De igual modo estes resultados podem traduzir o carácter rotineiro, pouco motivador a par de uma elevada supervisão, que caracteriza as tarefas burocráticas.

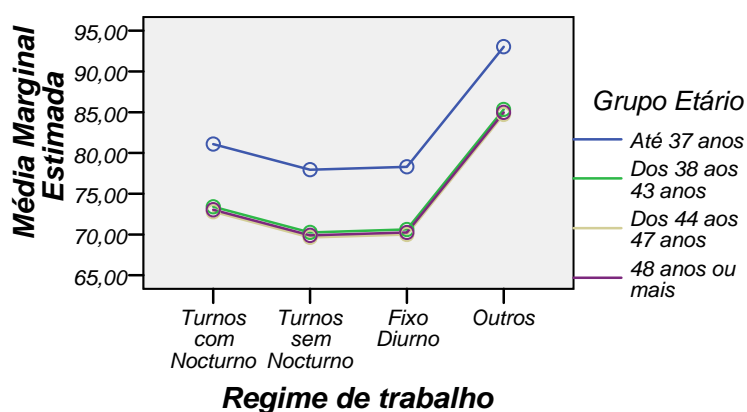
Neste contexto é o escalão etário dos 44 aos 47 anos que regista os valores mais baixos, aproximando-se os resultados obtidos pelos escalões etários dos 38 aos 43 anos e mais de 48 anos. A maioria dos inquiridos que trabalha em regime diurno situa-se nessas faixas etárias, pelo que se reitera a explicação acima adiantada.

Gráfico 19 – Regime de trabalho, Saúde Social e Grupo Etário

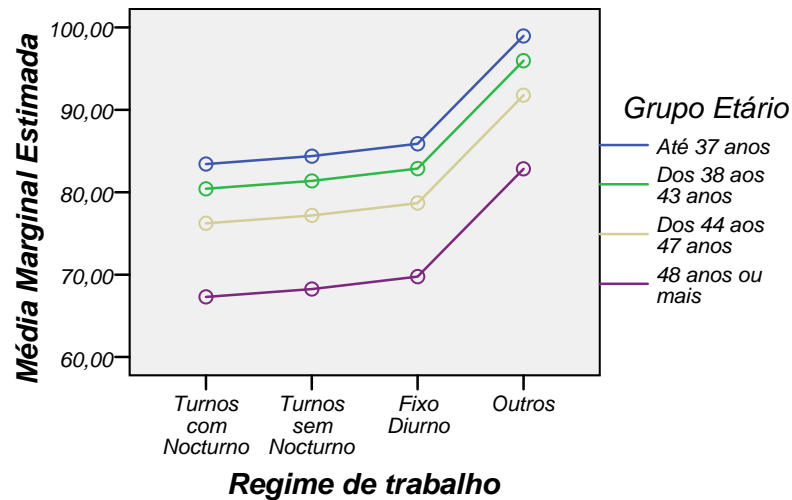
Quanto ao “score” de Saúde Social e para todos os escalões etários, são os inquiridos que trabalham por turnos que apresentam os valores mais elevados.

Com já fora anteriormente referido são vários os autores que expõem que os indivíduos que trabalham por turnos tendem a ter uma vida social e familiar mais empobrecida, na medida em que têm o seu ritmo “social” alterado em face do trabalho por turnos nocturno (Silva, 2000; Moreno et al, 2003; Fischer 1997cit in Martins, 2002). Nesta senda, os resultados do nosso trabalho apresentam-se a contrário.

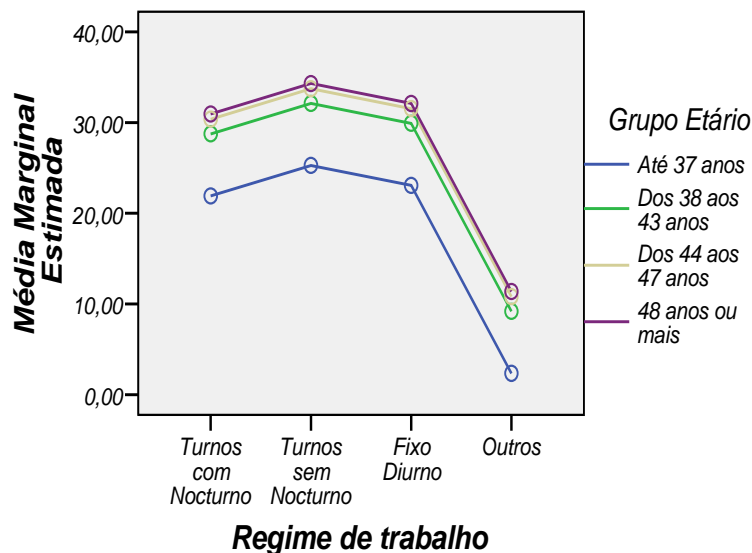
Gráfico 20 – Regime de trabalho, Saúde Geral e Grupo Etário



No que se refere ao “score” de Saúde Geral, resultante da média obtida a partir dos scores de saúde física, mental e social, constata-se que efectivamente os valores mais elevados registam-se no grupo etário até aos 37 anos, distinguindo-se este dos restantes que apresentam valores muito próximos, sendo que, para todos os grupos etários considerados, são os indivíduos que trabalham por turnos diurnos e em horário fixo diurno que apresentam um score de saúde geral mais baixo. Estes resultados não vão ao encontro do referido por Silva (2000), Silva et al (2000), Reinberg (1981), entre outros, que se debruçaram sobre esta temática, motivado pelo facto de que seria espectável que os indivíduos que trabalham por turnos com turno nocturno fossem os que apresentassem valores de score de saúde, nas suas várias vertentes mais baixos, tendo em conta os “desvios” a que os seus ritmos biológicos e sociais estão sujeitos.

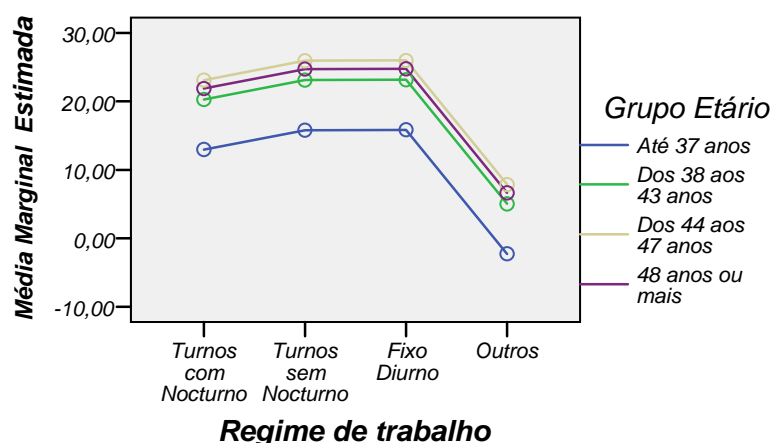
Gráfico 21 – Regime de trabalho, Saúde Percebida e Grupo Etário

Relativamente ao modo como cada um dos inquiridos se sente, traduzido pelo “score” de Saúde Percebida, os valores registados apresentam-se relacionados com a idade para todos os grupos etários, diminuindo à medida que a idade aumenta. Da análise do Gráfico 17 conclui-se que são os inquiridos que trabalham em horário fixo diurno que apresentam valores de “score” de Saúde Percebida mais elevados, seguidos dos incluídos no regime de trabalho por turnos sem turno nocturno. São os polícias que trabalham por turnos com turno nocturno que apresentam valores de score de saúde percebida mais baixos. Apesar da sua percepção desfavorável sobre a sua saúde, os resultados do Perfil Duke revelam que, para todos os escalões etários são os polícias que trabalham por turnos com turno nocturno que apresentam valores mais elevados no “score” de Saúde Geral (Gráfico 21).

Gráfico 22 – Regime de trabalho, Ansiedade e Grupo Etário

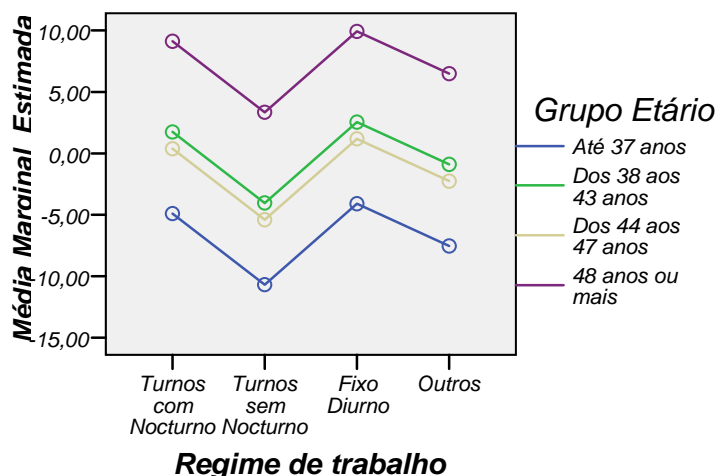
No que se refere aos valores para a Ansiedade, verifica-se que são os inquiridos que trabalham por turnos com turno noturno que apresentam valores mais baixos neste campo. Tal, regista-se em todos os grupos etários considerados.

Gráfico 23 – Regime de trabalho, Depressão e Grupo Etário



Quanto à questão da Depressão, são os inquiridos do escalão etário “dos 44 aos 47 anos” que registam valores mais elevados neste contexto. Tal, poderá advir das recentes alterações legislativas em matéria de aposentações, uma vez que muitos deles viram goradas as suas expectativas a curto médio prazo. Para todos os escalões etários são os polícias que trabalham em horário fixo diurno que revelam maiores níveis de depressão e os que trabalham por turnos com turno noturno que apresentam valores mais baixos.

Gráfico 24 – Regime de trabalho, Incapacidade e Grupo Etário



Quanto aos valores registados para a situação de incapacidade constata-se que em todos os escalões etários são os inquiridos que trabalham por turnos sem turno nocturno que se apresentam mais incapazes, sendo semelhantes os valores dos polícias que trabalham em horário fixo diurno e em regime de turnos com turno nocturno. Abaixo do escalão etário mais de 48 anos são os inquiridos do escalão etário dos 38 aos 43 anos que apresentam, para todos os regimes de trabalho, valores de incapacidade mais elevados (Tabela 24).

Da análise dos dados do presente estudo ressalta que, relativamente aos scores de saúde dos itens que indicem algumas perturbações psicológicas, como sejam: Ansiedade, Depressão Saúde Mental, os valores mais baixos para todos os grupos etários registaram-se junto de sujeitos que não estão abrangidos pelo regime de trabalho por turnos com turno nocturno, o que contraria os resultados que de acordo com a recolha bibliográfica efectuada sobre este aspecto, seriam de esperar (Foret, 1985: 94-99; Costa et al., 2000; Silva et al., 2000; Silva, 2000, Moreno et al., 2003).

Refira-se porém, tal como menciona Borralho (2000), que para além do regime de prestação de trabalho há todo um conjunto de outros factores psicossociais aliados ao trabalho, como o meio de trabalho, a satisfação no trabalho, a organização deste, as necessidades do trabalhador, a sua cultura a par da sua situação pessoal fora do trabalho que interferem no modo como este vivencia a sua situação de trabalho e que inevitavelmente influem em todos os outros aspectos da sua vida e saúde. Assim, consideramos que a explicação para os resultados obtidos pode passar por uma análise desses contextos.

De um modo geral os resultados do presente estudos vão ao encontro do referido por vários autores (Teiger, 1985: 52-56; Silva, 1994; Borralho, 2000, Foret, 2000), no que concerne aos efeitos prejudiciais do trabalho por turnos, estarem directamente ligados ao aumento da idade. Da análise do Perfil de Saúde dos sujeitos da amostra ressalta que os valores médios para os vários itens variam inversamente com a idade para todos os regimes de serviço considerados, contudo

registam-se algumas excepções para as quais não foi de momento encontrada resposta (Gráficos 18, 119, 20 e 24). Autores como Hodebourg (1998), Guérin, (1998: 176,177) referem que embora o trabalho por turnos nocturno desencadeie alterações negativas na saúde contudo, alguns estudos revelaram que embora o trabalho efectuado no período nocturno se apresente mais fatigante e implique maior desgaste em termos de saúde, pode, no entanto, apresentar uma carga psicológica menos densa, na medida em que, normalmente existe menos controlo na sua execução do que no período diurno, pelo que mesmo realizado sob condições consideradas “desfavoráveis”, este pode ser fonte de satisfação, de equilíbrio mental e de saúde. Também Fischer e Metzner (2001) em estudos relacionados com a percepção do índice de capacidade para o trabalho e o exercício da função em turnos nocturnos obtiveram resultados neste sentido.

3.4. Regime de trabalho e tempo de serviço

Teiger (1985: 52-56), Silva (1994), Borralho (2000), e Foret, (2000) consideram que os efeitos prejudiciais do trabalho por turnos, também estão directamente ligados ao aumento da idade, conjugado com o tempo de experiência de trabalho nesse regime, derivado do facto das modificações fisiológicas decorrentes da idade tornarem cada vez mais árduo para o organismo, e para a vida pessoal e social a execução do trabalho em regime de turnos alternados em especial o turno nocturno.

Assim, seguidamente vamos verificar quais os resultados apresentados pela nossa amostra face a este aspecto.

Tabela 30 - ICT e tempo de Trabalho Nocturno

Variável dependente	Tempo Trabalho Nocturno	Média	Erro padrão	IC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Índice	até 10 anos	40,592	1,104	38,410	42,773
	de 11 a 15 anos	38,551	1,061	36,455	40,647
	de 16 a 20 anos	38,172	1,230	35,742	40,603
	mais de 20 anos	33,066	,910	31,268	34,864

Da análise da Tabela 30 ressalta que, à semelhança do apresentado nos vários estudos desta temática, que o ICT também tende a diminuir com o aumento do tempo de exercício na função (Metzner e Fischer, 2001; Bellusci e Fischer, 1999; Martinez e Latorre, 2006). Constatamos assim que os trabalhadores com mais anos de serviço no desempenho de trabalho por turnos apresentam valores de ICT mais baixos, acentuando-se essa tendência a partir dos 16 anos de serviço. Quanto mais tempo o indivíduo está exposto às exigências do trabalho, maior vai ser o envelhecimento

funcional.

Do exposto podemos dizer que a nossa **Hipótese 2** “Há uma relação oposta entre capacidade para o trabalho e tempo de serviço em regime de turnos incluindo o nocturno “ se confirma.

Tabela 31 - Saúde Física e tempo de Trabalho Nocturno

Variável dependente	Tempo Trabalho Nocturno	Média	Erro padrão	IC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Saude Fisica	até 10 anos	84,167	3,697	76,864	91,470
	de 11 a 15 anos	73,846	3,552	66,830	80,863
	de 16 a 20 anos	71,379	4,119	63,242	79,516
	mais de 20 anos	64,906	3,047	58,887	70,925

No que se refere ao “score“ de Saúde Física e a sua relação com o tempo de prestação de serviço em regime de turnos com turnos nocturnos expõe a Tabela 31 que os valores para a saúde física diminuem com o aumento do tempo de trabalho nocturno, evidenciando-se essa diminuição entre os 11 e os 15 anos de serviço nocturno.

Tabela 32 - Saúde Mental e tempo de Trabalho Nocturno

Variável dependente	Tempo Trabalho Nocturno	Média	Erro padrão	IC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Saude mental	até 10 anos	85,000	3,371	78,340	91,660
	de 11 a 15 anos	80,513	3,239	74,114	86,912
	de 16 a 20 anos	79,310	3,756	71,890	86,731
	mais de 20 anos	75,283	2,778	69,794	80,772

No contexto do “score” de Saúde Mental verificamos que este, tal como a saúde mental e o ICT, diminui face ao aumento do tempo de trabalho nocturno, no entanto, essa redução verifica-se de uma forma mais ou menos uniforme consoante os blocos de tempo considerados, não existindo numa Comparação Par a par nenhum grupo que se distingue dos restantes (Tabela 32).

Tabela 33 - Saúde Social e tempo de Trabalho Nocturno

Variável dependente	Tempo Trabalho Nocturno	Média	Erro padrão	IC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Saude Social	até 10 anos	74,444	2,599	69,310	79,579
	de 11 a 15 anos	66,667	2,497	61,734	71,600
	de 16 a 20 anos	71,034	2,896	65,314	76,755
	mais de 20 anos	72,453	2,142	68,221	76,685

No que concerne ao “score” de Saúde Social a Tabela 33 revela que no grupo 11 até aos 15 anos de tempo de trabalho nocturno os valores do “score” de saúde Social baixam para voltarem posteriormente a subir, atingindo os trabalhadores com mais de 20 anos valores próximos dos que detêm menos tempo de serviço nessa modalidade de trabalho. Na presente investigação não foram encontrados motivos para justificação destes resultados.

Tabela 34 - Saúde Geral e tempo de Trabalho Nocturno

Variável dependente	Tempo Trabalho Nocturno	Média	Erro padrão	IC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Saude geral	até 10 anos	82,034	2,568	76,961	87,107
	de 11 a 15 anos	73,595	2,467	68,721	78,469
	de 16 a 20 anos	73,905	2,861	68,253	79,558
	mais de 20 anos	70,876	2,116	66,695	75,057

Tendo presente que o “score” de Saúde Geral decorre da média dos “scores” de Saúde Física, Mental e Social anteriormente analisados, a Tabela 34 mostra-nos que também este diminui face ao aumento do tempo de trabalho nocturno, sendo relevante o decréscimo dos valores no grupo de 11 a 15 anos, tendência que se vem verificando.

Tabela 35 – Saúde Percebida e tempo de Trabalho Nocturno

Variável dependente	Tempo Trabalho Nocturno	Média	Erro padrão	IC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Saúde percebida	até 10 anos	86,111	5,160	75,918	96,304
	de 11 a 15 anos	72,051	4,957	62,258	81,845
	de 16 a 20 anos	81,034	5,749	69,678	92,391
	mais de 20 anos	66,038	4,252	57,637	74,439

Relativamente ao “score” de Saúde Percebida este regista os valores mais elevados junto dos sujeitos com menos tempo de trabalho nocturno, assinalando-se no grupo de 11 a 15 anos de trabalho nocturno uma descida acentuada nos valores do “score” em causa, para voltar novamente a subir até valores próximos da primeira posição, descendo novamente a partir de 20 anos ou mais de tempo de trabalho nocturno (Tabela 35)

Tabela 36 – Ansiedade e tempo de Trabalho Nocturno

Variável dependente	Tempo Trabalho Nocturno	Média	Erro padrão	IC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Ansiedade	até 10 anos	17,266	3,411	10,528	24,004
	de 11 a 15 anos	30,285	3,277	23,811	36,758
	de 16 a 20 anos	26,446	3,800	18,939	33,953
	mais de 20 anos	28,928	2,811	23,375	34,481

Da análise da Tabela 36 ressalta que o “score” de Ansiedade, como medida negativa, é mais baixo nos sujeitos com menos de 10 anos de trabalho nocturno, verificando-se um aumento significativo entre os 11 e os 15 anos, atingindo os valores mais elevados para este item, para voltar novamente a descer, entre os 16 e os 20 anos, voltando de seguida a aumentar ligeiramente.

Tabela 37 – Depressão e tempo de Trabalho Nocturno

Variável dependente	Tempo Trabalho Nocturno	Média	Erro padrão	IC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Depressão	até 10 anos	12,778	3,377	6,106	19,450
	de 11 a 15 anos	21,282	3,245	14,872	27,692
	de 16 a 20 anos	22,069	3,763	14,635	29,503
	mais de 20 anos	26,604	2,783	21,105	32,103

Quanto ao “score” de Depressão, constatamos a partir da Tabela 37 que os valores deste item aumentam com o aumento do tempo de trabalho nocturno, registando-se a subida mais acentuada entre os 11 e os 15 anos de serviço nocturno.

Tabela 38 – Dor e tempo de Trabalho Nocturno

Variável dependente	Tempo Trabalho Nocturno	Média	Erro padrão	IC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Dor	até 10 anos	19,444	4,711	10,138	28,750
	de 11 a 15 anos	26,923	4,526	17,982	35,864
	de 16 a 20 anos	31,034	5,248	20,666	41,403
	mais de 20 anos	37,736	3,882	30,066	45,406

No que se diz respeito ao “score” de Dor, este aumenta directamente com o tempo de trabalho nocturno, sendo que as variações são relativamente semelhantes nos vários grupos de tempo de trabalho nocturno (Tabela 38). Esta dimensão da saúde apresenta valores um tanto elevados.

Tabela 39 – Incapacidade e tempo de Trabalho Nocturno

Variável dependente	Tempo Trabalho Nocturno	Média	Erro padrão	IC (95%)	
				Limite inferior	Limite superior
Incapacidade	até 10 anos	8,888	3,335	6,589	6,589
	de 11 a 15 anos	8,974	3,204	2,644	15,305
	de 16 a 20 anos	5,172	3,716	-2,169	12,514
	mais de 20 anos	6,604	2,749	1,173	12,034

De um modo geral, os resultados do presente ilustram o referido por Costa, citado por Moreno et al. (2003: 37) “a idade favorece uma intolerância progressiva, ao trabalho por turnos, pois geralmente está associada à instabilidade de ritmos circadianos, distúrbios de sono, depressão e um declínio na capacidade física e na saúde”. Tal como já fora anteriormente referido, com o envelhecimento alteram-se determinadas características dos ritmos biológicos, ligadas à tolerância ao trabalho por turno. Estas alterações podem representar maiores dificuldades na tolerância ao desempenho do trabalho por turnos nocturno traduzidas num desenvolvimento de problemas de saúde e manifestadas por um envelhecimento funcional precoce. O nosso estudo não consegue explicação para os resultados apresentados pelos grupos de 16 a 20 anos e mais de 20 anos, havendo necessidade de outro tipo de investigações.

Da análise das Tabelas 30, 31, 33, 34, 35, 36 e 37 sobressai uma alteração brusca nos valores dos vários “scores” de saúde considerada, no sentido do seu abaixamento, entre os 11 e os 15 anos de prestação de serviço em regime de turnos com turno nocturno, não tendo sido identificadas causas para tal no nosso estudo, seria necessário efectuarmos mais investigação.

CONCLUSÃO

O estado de saúde de um indivíduo revela-se muito dependente face à sua vida profissional, encontrando-se o trabalho imbricado em relação à vida e à saúde das pessoas, numa relação dialéctica, na medida em que ao mesmo tempo que oprime pode libertar; é produtor de saúde e de doença e pode apresentar-se como fonte de prazer e de angústia.

A vida activa na qual se insere o tempo de trabalho encontra-se ela própria inscrita na duração da própria vida do indivíduo, daí que, os efeitos patogénicos do trabalho podem manifestar-se muito para além do tempo em que este se efectuou e um mal-estar actual pode não resultar do tipo de trabalho que se está a efectuar no momento, mas ter origem, no decurso da carreira profissional anterior.

A capacidade para o trabalho de um indivíduo, ao expressar a sua aptidão do trabalhador para desempenhar as suas funções e para a qual concorrem o estado geral de saúde física e mental da pessoa a par de aspectos específicos relacionados com o trabalho, nomeadamente aspectos organizacionais, motivação e satisfação pessoal, entre outros, apresenta-se como sendo a base do osso bem-estar e não permanece estável ao longo da vida, deteriorando-se mais rapidamente se não a cuidarmos, concorrendo para tal inúmeros factores. De entre estes, os indivíduos podem influenciar muitos deles através da própria actividade, nomeadamente o estilo de vida e o ambiente de trabalho.

Neste contexto, a prestação de trabalho por turnos, em especial nocturnos, apresenta-se como um dos factores que influi negativamente, relativamente à capacidade para o trabalho.

No presente estudo desenvolvido junto de polícias do Comando de Polícia da PSP de Braga, pretendemos avaliar a relação existente entre a capacidade para o trabalho, a situação de saúde e o regime de trabalho praticado,

Foram aplicados questionários para determinação do ICT e do perfil de saúde dos inquiridos. Os resultados revelaram que existe uma relação oposta entre capacidade para o trabalho e tempo de serviço em regime de turnos incluindo o nocturno, confirmando-se uma das hipóteses formuladas.

Quanto ao ICT, constatou-se que a maioria os inquiridos apresenta “Boa capacidade “para o trabalho, seguida da “Moderada capacidade”. Apenas um número reduzido de elementos apresenta “pobre capacidade” para o trabalho, no entanto, estes resultados revelam valores abaixo, dos tidos como padrão para a população portuguesa, o que revela indícios de envelhecimento funcional precoce.

De entre as variáveis estabelecidas pelo DUKE – PERFIL DE SAÚDE, com excepção da “auto-estima” verificou-se a existência de uma correlação altamente significativa ($p=.000$) entre as variáveis consideradas, e o ICT, pelo que quanto melhor for a qualidade da saúde física, mental e social, melhor será a condição da capacidade para o trabalho.

Não se provou que o trabalho nocturno interfira negativamente no ICT, pois para todos os grupos etários considerados, os valores do ICT dos sujeitos que trabalham por turnos nocturnos, não se distinguem dos que trabalham durante o dia, pelo que a outra das nossas hipóteses foi refutada.

Provou-se que o ICT diminui com o aumento do tempo de serviço em regime de turnos com turno nocturno.

Os valores de ICT obtidos declaram que estes trabalhadores devem ser avaliados com outros instrumentos e acompanhados, decorrendo desde logo a necessidade de serem desencadeados mecanismos tendentes à implementação de uma política de higiene e segurança na instituição uma vez que, todas as medidas adoptadas com vista à manutenção da capacidade para o trabalho resultam inevitavelmente em benefícios tanto para o trabalhador como para o empregador, tendo também presente que cada um de nós tem a capacidade de poder influenciar o próprio estilo de vida e o ambiente de trabalho.

Por outro lado, a sociedade contemporânea é caracterizada cada vez mais por um envelhecimento populacional, tornando-se necessário e urgente o investimento na manutenção da capacidade funcional aperfeiçoada à medida que os trabalhadores entram na denomina da “terceira fase”, após a reforma. Com o aumento da esperança de vida esta etapa pode representar 10 a 20 anos de vida.

Muito embora a população policial decorrente da natureza das suas funções esteja sujeita a um sem número de constrangimentos, nomeadamente aos efeitos desgastantes do trabalho nocturno, os quais influem negativamente na sua saúde e capacidade para o trabalho, a implementação de planos integrados, já atrás afluídos, de prevenção da deterioração da capacidade para o trabalho, certamente que produziriam resultados positivos para ambas as partes, sujeito e instituição, no entanto, para a elaboração destes planos seria certamente necessário efectuar mais investigações...

A partir das limitações consideradas para o nosso estudo, foi-nos viável identificar alguns aspectos que poderão ser objecto de futuros trabalhos, nomeadamente:

- A avaliação do ICT doutros sujeitos e destes, em vários momentos, tendo em vista a avaliação da capacidade produtiva do ICT, assim como estabelecer valores de referência para estes trabalhadores, os quais permitirão uma intervenção em termos de grupo por parte de

peçoal habilitado para o efeito, assim como avaliar a eficiência das medidas tomadas. O presente estudo por ser um estudo transversal, não nos permite prever como os aspectos de saúde evoluirão nem como eram anteriormente pelo que, seria importante repetir periodicamente a avaliação da capacidade para o trabalho visando analisar as possíveis mudanças para uma permanente intervenção na prevenção dos danos na saúde.

- Intensificar o estudo da situação de saúde dos sujeitos quer através da aplicação de questionários, quer da avaliação de exames médicos, de forma a identificar os factores que podem estar a interferir no bem-estar do sujeito.
- Tendo presente que a capacidade para o trabalho não pode ser medida com um único instrumento, o desenvolvimento dos estudos referidos, em conjunto propiciariam, uma melhor imagem global da aptidão para o trabalho.
- No presente trabalho não foi possível estudar variáveis relacionadas com o estilo de vida, nomeadamente hábito de fumar ou ingerir bebidas alcoólicas, praticar exercício físico e outras, apresentando-se tal como uma limitação ao nosso estudo, visto que algumas dessas variáveis poderiam apresentar influência na perda da capacidade para o trabalho e deterioração da saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ABDELMALEK A.A. E GÉRARD J.L. (1995), *Ciências humanas e cuidados de saúde*, Lisboa, Instituto Piaget.
- ABREU W. C. (2003), *Saúde, doença e diversidade cultural*, Lisboa, Instituto Piaget.
- ADAM P., HERZLICH C. (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan Université.
- AGUIAR C. (2008), *Acidentes de trabalho*, Jornal de Notícias, 7 de Fevereiro.
- ALBUQUERQUE A. (1987), “O que é o stress” in *Stress Causas, prevenção e Controlo, guia prático*, Lisboa, Texto Editora.
- AMÂNCIO L. (1994), *Masculino e feminino. A construção social da diferença*, Porto, Edições Afrontamento.
- ANTUNES R. (1995), *Adeus ao trabalho – ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do Mundo do Trabalho*, S. Paulo – Brasil, Cortez Editora.
- AQUINO M.L., MENEZES, G.M.S., MARINHO L.F.B. (1995), “Mulheres, saúde e Trabalho no Brasil: desafios para um novo agir”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro vol. 11 (2), Abr/Jun, pp. 281 – 290.
- ARENDT A. (2001), *A condição humana*, Lisboa, Relógio D’Água Editores.
- BARRÉRE – MAURISSON M.A. (1992), *La division familiale du travail, la vie en double*, Paris, Presses Universitaires.
- BARRÉRE – MAURISSON M.A. (1994), “Travail et famille. Pour une redéfinition du travail et son partage” in Coster M., Pichault F., *Traité de Sociologie du Travail*, De Doeck – Wesmael Université – Bruxelles, pp.401 – 419.

BAYLE J-L.L. (1998), *La Policía. y Política. Las demandas del Sistema Político. El apoyo Policial. La policía y su autonomía. El control de la Policía*, Madrid, Acento Editorial.

BELLUCI S. M., FISCHER F. M. (1999), “Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses”, *Revista de Saúde Pública*, vol, 33 nº 6, pp. 602-609.

BEZERRA FILHA, M.J. (2004), *Níveis de aptidão física relacionados à saúde dos policiais militares que trabalham nos serviços de rádio patrulha do 5º Batalhão de João Pessoa*, Monografia apresentada à Academia de Polícia Militar do Cabo Branco do Estado da Paraíba – Curso de Especialização em Segurança Pública – Brasil

<http://www.pm.pb.gov.br/ce/academico/monografia/tema02pdf>. 03/05/2008

BOLDORI R.et al. (2005), “ Aptidão física, saúde e índice de capacidade de trabalho de bombeiros” in *Revista Digital* – Buenos Aires Ano 10, nº80, Enero de 2005.

<http://www.efdeportes.com/efdgo/bombeiro.htm>

BORRALHO P. M. L. (2000), *Estudo padronizado do trabalho por turnos em Agentes da P.S.P.*, Coimbra, Universidade de Coimbra, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica.

BOURDIEU P. (coord.) (1999), *A miséria do Mundo*, Petrópolis, Brasil, Editora Vozes.

BRODA J. (1988), “Le syndrome des “3 P” : Pression Horaire, Pression Hiérarchique, ne pas de perspective professionnelle » in *Sociologie du Travail*, VOL XXX vol.1/88, pp, 19 – 36.

CABRAL M.V., VALA J., FREIRE J. (2000), *Altitudes sociais dos portugueses- Trabalho e cidadania*, Instituto de Ciências Sociais, Lisboa, Universidade Nova.

CAMPARA A. (2003), “Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 19 (4), Jul-Ago, pp. 923 – 931.

CARAPINHEIRO G. (2004), “Sociologia da saúde e da medicina: um campo em construção”, *Contextos de Sociologia* (3), *Noites de Sociologia*, (2002), *Saúde: olhares múltiplos*, Associação portuguesa de Sociologia.

CARTWRIGHT F.F., BIDDIS M. (2003), *As doenças e a história*, Mem Martins, Publicações

Europa América.

CASSOU B., DESRUAUX F. (1985), “L`usure physique : vieillissement ou empreintes de la vie“, in CASSOU B., et al.,(sous la direction de), *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris Editions da Découvert, pp. 134 -139.

CATTANI A.D. (1996), *Trabalho e autonomia*, Petrópolis, Rio de Janeiro, Editora Vozes.

CHAMOUX, M. (1994), “Sociétés avec et sans concept de travail”, *Sociologie du travail* Vol XXXVI, n° H.S./94, pp. 57- 69.

CHAUVENET A. et al. (1985), “ A la recherche du travail policier “ in A. CHAUVENET A., et al. *Sociologie du Travail*, XXVII 4/85, *Special Police*, Dunod, pp. 391- 407.

CHRISTENSEN, L. (2004), *Experimental Methology* (9th Edition), Boston, Pearson.

CLEMENTE, P.J.L. (1998), *Da Polícia de Ordem Pública*, tese de Mestrado em estratégia, Universidade Técnica de Lisboa, ISCSP, Edições do Governo Civil do Distrito de Lisboa.

CLEMENTE, P.J.L. (2006), *A Polícia em Portugal*, Oeiras, INA.

CLOT Y. (1998), “Le sujet au travail“ in KERGOAT J. et al., *Le monde du travail*, Paris, Editions La Découverte, pp. 165-171.

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN (1995), *Le travail dans vingt ans*, Editions Odile Jacob.

COSME J. (2006), *História da Polícia de Segurança Pública, das origens à actualidade*, Lisboa, Edições Sílabo.

COSTA E. S., MORITA I., MARTINEZ M. A. R. (2000), “Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários de enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 16 (2), Abr-Jun, pp. 1129 – 1138.

COSTA G., POKORSKI J. (2000), “Effects on health and medical surveillance of shiftworkers” in *Shiftwork 2000. Implications for science, practice and business*, Chair of Managerial Psychology and Ergonomics, Institute of Management Jagiellonian University, Kraków, Poland, Drukarnia Sleniarz, pp. 71 - 97.

COSTA M.S. (1992), “Trabalho, sua evolução integração do trabalhador” in *Cadernos do Noroeste*, Série Sociologia, Vol.5 (2), pp. 57 - 76.

COTTA A. (1987), *L’homme au travail*, Librairie Arthème Fayard

CRUZ C. A., NORIEGA M., GARDUNO M. A., (2003), “Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 19 (4), Jul/Ago, pp. 1129 - 1138.

CRUZ C. et al., (1995), “ Consequências do trabalho por turnos” in *Sinais Vitais*, nº3, pp. 37-42.

DEJOURS C. (1985), *A Loucura do Trabalho*, São Paulo, Cortez.

DEJOURS C. (1985), “Constriure sa santé“, in CASSOU B., et al.,(sous la direction de), *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris Editions da Découvert, pp. 18 -21.

DEJOURS C. (1992), “ Normalidade, trabalho e cidadania“, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 6, pp. 13 – 17.

DEJOURS C., MOULINIER P. (1994), “ Le travail comme énigme“ in *Sociologie du travail* XXXVI, HS/94, pp.35-43.

DEJOURS C. (1998), “Centralité ou déclin du travail? “, in KERGOAT J. et al.(dir.), *Le monde du travail*, Paris, Editions La Découverte, pp. 40 - 43.

DEMBINSKI P.H. (1992), “ Moralidade do Trabalho”, in MARTIM I. (org), *Família, Trabalho, Política – A experiência do Ocidente*, Curitiba–Paramá, Brasil, Editora Universitária Champagnant.

DEMOURGUES M.C. (1979), *O trabalho humano*, Cadernos Culturais, Lisboa, Editorial.

DORAY B. (1985), “Le chômage, ce n’est pas la santé“, in CASSOU B., et al.,(sous la direction de), *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris Editions da Découvert, pp. 131 -134.

DRULHE M. (1996), *Santé et Société. Le façonnement sociétal dela santé*, Paris, Press Universitaire de France.

DRULHE M. (2002), “Les inegalités sociales de la santé“, in LEANDRO M. E., COSTA M. S., (orgs), *Saúde e discriminação social – Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação social*, Braga, Instituto de Ciências. Socias da Universidade do Minho, pp. 21- 30.

DUARTE A.M. (2003), “Flexibilidade do trabalho e do emprego e novas formas de insegurança – breve treflexão sobre as consequêrnCIAS no trabalho e no emprego de um mundo flexível” in *Cadernos do Noroeste*, Série Sociologia, Vol.21(1-2), pp.163 – 188.

DURAFFOUG J. (1985), ”La retaion santé-travaile : une question complexe”, in CASSOU B., et al.,(sous la direction de), *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris Editions da Découvert, pp. 21-27.

DURKHEIM E. (1977), *A divisão social do trabalho* – volume I, 3ª edição, tradução de Eduardo Freitas e Inês Mansinho, Lisboa, Editorial Presença.

DURKHEIM E. (1991), *A divisão social do trabalho* – volume II, 3ª edição, tradução de Eduardo Freitas e Inês Mansinho, Lisboa, Editorial Presença.

FERNANDES A.L.M. (1992), *Direito do Trabalho. Introdução, relações individuais de trabalho*, 8ª Edição, Coimbra, Almedina.

FERRO M. (1999), *As Sociedades doentes do progresso*, Lisboa, Instituto Piaget.

FISCHER F.M., METZNER R.G. (2001), “ Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas”, *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 35 (6), pp. 548 – 553.

FISCHER F. M. et al. (2005), “ A (in) capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem”, *Revista Brasileira de medicina do trabalho*, Belo Horizonte, Vol (3), nº2, Ago –

Dez, pp. 97 – 103.

FOLKARD S., HILL J. (2000) “Shiftwork and accidents” in *Shiftwork 2000. Implications for science, practice and business*, Chair of Managerial Psychology and Ergonomics, Institute of Management Jagiellonian University, Kraków, Poland, Drukarnia Sleniarz, pp.11 – 28.

FOSSIER R. (2002), *El Trabajo en la Edad Media*, Barcelona, Editorial Crítica.

FORET J. (1985), “Travail de nuit, travail posté” in CASSOU B., et al.,(sous la direction de), *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris Editions de la Découverte, pp. 94-99.

FORET J. (2000),” Shiftwork and ageing” in *Shiftwork 2000. Implications for science, practice and business*, Chair of Managerial Psychology and Ergonomics, Institute of Management Jagiellonian University, Kraków, Poland, Drukarnia Sleniarz, pp.137 – 149.

FOUCAULT M. (1977), *Vigiar e punir – Nascimento da prisão*, Brasil, Editora Vozes.

FOUCAULT M. (1982), “O nascimento da Medicina Social” in MACHADO M., (org), *Microfísica do poder*, Rio de Janeiro, Graal, pp. 79 – 88.

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL D. (1998), “Travail domestique, services domestiques” in KERGOAT J. et al.(dir.), *Le monde du travail*, Paris, Editions La Découverte, pp. 328 –335.

FRANCÈS R. (1984), *Satisfação no trabalho e no emprego*, Porto, RÉS Editora

FRANGNIÈRE G. (1987), “Les sept sens du travail” in *Futuribles*, Novembre, pp.41- 47.

FREIRE J. (1997), *Variações sobre o tema trabalho*, Porto, Edições Afrontamento.

FREIRE J. (2001), *Sociologia do Trabalho: uma introdução*, Porto, Edições Afrontamento.

FRIEDMAN G. (1983), *O Trabalho em migalhas*, São Paulo-Brasil, Editora Perspectiva.

GARDUÑO M.A.A., MARQUEZ M.S. (1995), ” El estrés em el perfil de desgaste de las trabajadoras” in *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 11(1), Jan-Mar, pp. 65– 71.

GIATTI L., BARRETO S. M. (2003), “ Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 19(3), Mai-Jun, , pp. 759 – 771.

GIDDENS A. (2000), *Sociologia*, 2ª Edição, Lisboa, Fundação Calçouste Glubenkian.

GOODE W. (1970), *A Família*, São Paulo, Livraria Pioneira Editora.

GORZ A. (1998), ” Le travail fantôme”, in KERGOAT J. et al. (dir), *Le monde du travail*, Paris, Editions La Découverte, pp. 30-39.

GRINT K. (1998), *Sociologia do Trabalho*, Lisboa, Instituto PIAGET.

GROSSIN W. (1969), *Le travail et le temp*, Paris, Editions Antrophos.

GUÉRIN F. (1998), ” L`activité de travail ”, in KERGOAT J. et al.(dir.), *Le monde du travail*, Paris, Editions La Découverte, pp. 173-179.

HERZLICH C., (1986), ”Representations de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social” in FLIECK U., (dir), *Perception quotidiene de la santé et de la maladie*, Paris, Ed. L`Harmattan.

HERZLICH C. (1996), *Santé et maladie – Analyse d`une représentation sociale*, Paris, Editions de l`École des Hautes Études en Sciences Sociales.

HODEBOUG J. (1998), ” L`evolution des conditions de travail”, in KERGOAT J. et al.(dir.), *Le monde du travail*, Paris, Editions La Découverte, pp. 140-143.

HOUTAUD A. (1998), *Sociologie de la santé, langage et savoirs environnement et éthique*, Paris, L`Harmattan.

ILMARINEN J. (1999), *Aging workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment*, Finish Institute of Occupational Health Ministry of Social Affairs and Health Ministry of Labour, Finland.

ILMARINEN J., TUOMI K. (2004) *Past present and future of work ability. People and work research reports*, Finnish Institut of Occupational Healt. Vol. 65, pp. 1-25.

JACOB A. (1994), *Le travail reflet des cultures. Du sauvage indolent au trvailleu productif*, Sain German – Paris, Presses Universitaires de France.

JÁVREGUI R., EGEA F., JAVIER P. (1998), *El tiempo que vivimos e el reparto del Trabajo. La gran transformación del trabajo, la jornada laboral e el tiempo libre*, Barcelona, Paídes.

JEANJEAN M. (1990), *Un ethnologue chez les policiers*, Paris, Éditions A.M. Mentalité.

KERGOAT D. (1994), “La division du travail entre les sexes” in KERGOAT J. et al. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, Editions La Découverte, pp. 319-326.

KERGOAT D. (1994), “Da divisão do trabalho entre os sexos - Tempo social”, *Revista de Sociologia nº1*, pp. 319 –326.

KIRKALDY B. et at. (1993), “Personality, job satisfaction and well-being among public sector (police) managers” in *Review of Applied Psychology*, Washington: APA, pp. 43, 241-248.

KNUTSSUN A. e cols. (1986), “Increased risk of ischaemic heart disease in shiftworkers” in *The Lancet*, nº12, pp. 89 – 91.

LAPLANTINE F. (1991) (1992), “Antropologie de la maladie “ in *Sciences Humaines*, nº12, Dezembro, pp. 27-28.

LAVILLE A., VOLKOFF S. (1998), “Le vieillissement au travail”, in KERGOAT J. Et al. (dir.), *Le monde du travail*, Paris, Editions La Découverte, pp.198-204.

LAVILLE J.L. (1999), *Une trisième voie por le travail*, Desclée de brouwer, Paris.

LEANDRO M. E. (1995), “Dinâmica dos modelos familiares” in *Cadernos do Noroeste*, Série Sociologia, Vol.8(2), pp.69 –79.

LEANDRO M. E. (2001), “A Saúde no prisma dos valores da modernidade” in *Revista de*

Trabalhos de Antropologia e Etnologia, Vol XLI (3-4), Porto, Sociedade Portuguesa de Antropologia e Sociologia, pp.67-93.

LEANDRO M. A., RODRIGUES V. T., LEANDRO A. S. S. (2006) , “A Família, um actor informal de saúde” in COSTA M.S., LEANDRO M: E, (orgs), *Participação, saúde e solidariedade - Riscos e Desafios*, Braga, Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, pp. 183-198.

MACHADO H. (2003), *Ciência e humanismo. Novo paradigma da relação médico doente*, Coimbra, Almedina.

MALICET P.D. (1997), *Éléments de Sociologie du Travail et de l'Organisation*, Paris, Anthropos

MARCUSE H. (1982), *A ideologia da sociedade industrial – o homem unidimensional*, Rio de Janeiro, ZAHAR editores.

MARINHO L.P.P. (2001), *Polícia de Segurança Pública: Adaptação e integração profissional dos elementos femininos com funções policiais*, Dissertação de final de licenciatura apresentada ao Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Lisboa.

MAROUF N. (dir) (1996), *Le travail en question*, Paris, Editions L'Harmattan.

MARTINEZ M. A. R., OLIVEIRA L. R. (1997), “ Trabalho em turnos nas empresas de Botucat, São Paulo: estudo descritivo, *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol.19 (1), Apr-Jun, pp. 639-649.

MARTINEZ N.C. (2006), “Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa”, *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.40 (5), pp.851-858.

MARTINS M. M. (2002), *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos*, Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, Programa de pós graduação em Engenharia de Produção Universidade Federal de São Carlos, Florianópolis, Brasil.

MARX K. (1983), *Salário, preço e lucro*, Lisboa, Moscovo, Edições "Avante" – Progresso.

MARX K. (1990), *O Capital*, Livro I, Tomo I CAPXV, Lisboa, Moscovo, Edições "Avante" – Progresso.

MÉDA D. (1999), *O TRABALHO, um valor em vias de extinção*, Lisboa, Edições Fim de Século.

MEIRA L.F. (2004), *Capacidade para o trabalho, factores de risco para doenças acrdio vasculares e condições laborativas de trabalhadores numa indústria metalo-mecânica de Curitiba*, Dissertação de mestrado para obtenção do grau de mestre em Engenharia Mecânica, programa de Pós guardação em engenharia – mecânica, Sector de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná, Brasil.

MENDES F. (1996), "A saúde e a doença dos prodfessores universitários", *Sociologia problemas e práticas*, nº19, Centro de Investigação e estudos de Socilogia, departamento de Sociologia – ISCTE, pp. 165-178.

METZNER R. J., FISCHER M. F. (2001), "Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas", *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 35 (6), pp.548-553.

MILL J. S. (1997), *Sobre a liberdade*, Mem Martins, Publicações Europa-América.

MILL J. S. (1976), *Utilitarismo*, Coimbra, Atlântica Editora.

MOORE S. (2002), *Sociologia*, Mem Martins, Publicações Europa-América.

MONTEIRO M.S.et al. (1999), "Capacidade para o trabalhoe envelhecimento em trabalhadores altamente qualificados" in *Anais do Congresso de Pós- Graduação 25 anos, 4ª Jornada Científica da Universidade Federal de São Carlos*, São Carlos – Brasil.

www.progp.ufscar.br/publico/4je/posgrad/resumos/0017-monteiro.htm. 21/7/2008

MONTEIRO M.S. et al. (2005), "Capacidade par o trabalho, saúde e ausência por doença de trabalhadoras de um centro de pesquisa por grupos de idade", *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, Ministério do Trabalho e do Emprego, São Paulo, vol.30 (112), pp.81 – 90.

MONTEIRO M.S.et al. (2007), “Gênero e capacidade para o trabalho entre trabalhadores públicos: um estudo transversal”, *On line Brazilian Jornal of Nursing, Poverty, Health Inequalities and Human development*.

[http://www.uff.br/ogs-2.1.1/undex.php/nursing/rt/printer friendly/j.1676](http://www.uff.br/ogs-2.1.1/undex.php/nursing/rt/printer%20friendly/j.1676), 2/05/2008.

MORE T. (1989), *Utopia*, Mem Martins, Publicações Europa América.

MORENO C.R.C., et al. (2003), “A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas”, *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Jan/Mar, vol.1781), pp. 34-46.

[www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid, 2/05/2008](http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid=2008)

NACHREINER F. (2000), “Extended working hours and accident risk” in *Shiftwork 2000. Implications for science, practice and business*, Chair of Managerial Psychology and Ergonomics, Institute os Management Jagiellonian University, Kraków, Poland, Drukarnia Sleniarz, pp. 29 – 44.

NAVARRO M. P., ÈLIO M. N., (2003), “Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y transtornos psicofísicos”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 19 (1), Jan-Fev, pp. 269-277.

NIETZSCHE F. (2004), *A vontade de poder – vol. II: crítica dos valores superiores*, Porto, Rés Editora.

NOSSA P. (2000), *Geografia da Saúde – O caso da sida*, Oeiras, Celta Editora.

NORIEGA M. et al. (2004), “ Las tyrabajadoras de la salud, vida, trabajo y transtornos mentales”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 20 (5), Set-Out, pp.361-372.

NUNES E. (2002), ”Saúde no local de trabalho” in SILVA L.F. (org), *Promoção da saúde*, Lisboa, Universidade Aberta, pp.207-225.

OLIVEIRA S., (1997), “A qualidade da qualidade – uma perspectiva em saúde do trabalhador”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 13 (4), Out-Dez, pp.625-634.

OPITIZ C., (1990), “ O quotidiano da mulher na Idade Média (1250-1500)”, in DUDY G. & PERROT M., *História das Mulheres no Ocidente. O Século XIX*, 4 Vols., Porto, Edições Afrontamento.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (ORG), (1985), *As metas da saúde para todos: metas de estratégia regional europeia de saúde para todos*, Lisboa, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

ORTSMAN O. (1984), *Mudar o Trabalho – As experiências, os métodos, as condições de experimentação social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

PARKERSON G.R. et al. (1990), “The Duke Health Profile. A 17-Item Measure of Health and Dysfunction”, *Medical Care*, November, Vol.28, nº11, pp. 1056-1072.

PARKERSON G.R. et al. (1991), “Development of the 17-Item Duke Health Profile”, *Family Practice*, Oxford University Press, Vol.8, nº4, pp. 396-401.

PALÁCIOS M., DUARTE F., CÂMARA V. M. (2002), “Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.18 (3), Main-Jun, pp.843-851.

PAULO II J. (1989), *O Trabalho Humano*, carta Encíclica “ laborem Exercens” do Papa João Paulo II, Lisboa, Edições Paulistas.

PEREIRA A.M.S. et al. (2003), “Saúde e capacidade para o trabalho na docência” in *IV Congresso Nacional de Saúde Ocupacional*, 29 a 31 de Outubro, Póvoa do Varzim, pp. 159- 167.

PEREIRA S.M.B.L. (2006), *Avaliação da capacidade de Trabalho no Sector Têxtil-Confecção*, Dissertação de Mestrado apresentada à FMH na Especialidade de Ergonomia e Segurança no Trabalho, Lisboa, FMH – Universidade Técnica de Lisboa.

PERISTA H. (2002), “Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens”, *Análise Social*, volXXXVII (163), p.447-474.

PLATÃO (1996), *A República* – tradução de Maria da Rocha Pereira, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

PINARD R. (2000), *La révolution du travail – de l'artisan au menager*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

QUEIROZ M. S. (1992), “Representações sobre saúde e doença. Agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 8 (3), Jul-Set, pp. 344-246.

QUIVY, R. & CAMPENHOUT, L.V. (2003), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.

REBELO G. (1999), *A (In) adaptação no trabalho – uma perspectiva sociorganizacional e jurídica*, Oeiras, Celta Editora.

REBELO G. (2001), *Trabalho e igualdade – Mulheres, tele-trabalho e trabalho a tempo parcial*, Oeiras, Celta Editora.

REGIS FILHO G. I. (1998), *Síndrome de mal adaptação ao trabalho em turnos – uma abordagem ergonómica*, Dissertação de mestrado submetida à universidade Federal de Santa Catarina, Filantrópolis – Brasil.

<http://www.esp.ufsc.br/disserta98/gilser/cap3.htm> 3/04/2008.

REINBERG A. (1981), *Os ritmos biológicos*, Porto, Colecção Cultura Geral, Rés Editora.

REIS E. (1994), *Estatística descritiva*, Lisboa, Edições Sílabo.

RIBEIRO F. S. N., et al. (2002), “Process de trabalho e riscos para a saúde dos trabalhadores em uma indústria de cimento”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 18 (5), Set-Out, pp. 1243-1250.

RODRIGUES A. P. S. (1993), *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Ensaio metodológico em Geografia da saúde*, Coimbra, Comissão de Coordenação da Região Norte.

RODRIGUES M.A. (1997), *Sociologia das profissões*, Oeiras, Celta Editora.

ROTENBERG L. et al. (2001), “Género e trabalho nocturno : sono, quotidiano e Vivências de quem troca a noite pelo dia”, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 17 (3), Mai-Jun, pp.634-649.

RUSSEL B. (1989), *Elogio de la ociosidad y otros ensayos*, trad. Maria Elene Rius, Barcelona, Editora Edhasa.

SANCHEZ et al. (2001), “Policia e estrés laboral. Estresores organizativos como causa de morbilidad psiquiátrica“, *Revista de la sociedad Española de salud laboral en la Administración pública*, 1 (4), pp. 21 – 25

SANTOS M.F.M. (1997), “A mulher e o mundo do trabalho. Formação profissional para as mulheres. Oportunidades e expectativas”, *Cadernos do Noroeste*, Vol.10, nº1, pp. 579- 582.

SARACENO C. (1997), *Sociologia da Família*, Lisboa, Editorial Estampa.

SCHNAPPER D. (1998), *Contra o Fim do Trabalho*, Lisboa, Terramar Editores.

SCHNAPPER D. (1994), “ Travail et chômage” Coster M., Pichault F., *Traité de Sociologie du Travail*, De Doeck – Wesmael Université – Bruxelles, pp.115 – 120.

SERRA A.V. (1999), “O Stress no Trabalho” in *O stress na vida de todos os dias*, Coimbra, Almedina.

SILVA C. F. (2000), *Distúrbios do sono em trabalhadores por turnos. Factores psicológicos e cronobiológicos*, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.

SILVA, I.M.S. (1999), *Trabalho por turnos: efeitos nos estados de humor, ritmicidade biológica e social*, Dissertação de mestrado apresentada á Universidade do Minho, Instituto de Psicologia, Braga.

SILVA C. F., et al. (2000), “Envelhecimento, ritmos biológicos e capacidade laboral versão portuguesa do Work Ability Index (WAI)”, *Psicologia: Teoria, investigação e Prática*, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho, nº2, pp. 229-339.

SILVA C. F., et al. (2000), “Métrica dos ritmos sociais”, *Psicologia: Teoria, investigação e Prática*, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho, nº2, pp. 341 – 353.

SILVA C. F. (Editor), et al. (2001), *Índice de Capacidade para o Trabalho – Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, Versão Portuguesa do Work Ability Index*, Fundação para a Ciência e Tecnologia.

SILVA C. F. (2000), “Fundamentos teóricos e aplicações da cronobiologia”, *Psicologia: Teoria, investigação e Prática*, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho, nº2, pp. 253 – 265.

SILVA M. F. M. (1999), *Trabalho por turnos: efeitos nos estados de humor, ritmicidade biológica e social*, Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.

SMITH I. (2000), “Swifhwork, sleep disturbance and sleepiness” in *Shiftwork 2000, Implications for science, practice and business*, Chair of Managerial Psychology and Ergonomics, Institute of Management Jagiellonian University, Kraków, Poland, Drukarnia Sleniarz, pp. 45 – 69.

SOUSA, V.L. (2006), “A integração de Recursos Humanos na PSP: o processo de socialização”, in *Politeia*, ISCPSI, Ano III, número especial.

STUART MILL J. (1997), *Sobre a liberdade*, Mem Martins, Publicações Europa América.

STUART MILL J. (1996), *Utilitarismo*, Coimbra, Atlântida Editora.

SULLEROT E. (1986), *L`âge de Travailler*, Centre Européen Travail et Societé, Fayard.

TAYLOR A. (1997), *As Grandes Doutrinas Económicas*, Mem Martins, Publicações Europa-América.

TEIGER C., (1985), “ Âge, emploi et conditions de travail ”, in CASSOU B., et al., (sous la direction de), *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris Editions da Découvert, pp. 52-56.

TORRES A. (2004), *Vida conjugal e trabalho – análise sociológica*, Oeiras, Celta – Editora.

VICENTE A., (2002), *Os Poderes das Mulheres, os Poderes dos Homens*, Lisboa, Gótica – Sociedade Editora e livreira.

VOUTYRAS S.,(1980), “Le travail: conception classique et conception romantique”, *Revue Internationale des Sciences Sociales*, volume XXXII nº3, pp.433 – 443.

ZELINSKI (2002), *O prazer de não trabalhar*, Barcarena, Editorial Presença.

WALSH I.A.P. et al. (2004), “Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crónicas”, *Revista de Saúde Pública*, vol.38, nº2, Abril, São Paulo.

<http://www.scielo.br/scielo.php> – 20/02/2007

Legislação Diversa

Directiva Europeia 89/391/CEE

Lei nº5/99, 27 de Jan

Lei nº53/07, 31 de Ago

Lei nº 99/2003, 27 de Ago

Dec. Lei nº441/91, 14 de Nov

Dec. Lei nº26/94, 1 de Fev

Dec-lei nº 511/94, 24 de Nov

Dec.Lei nº321/94, 29 de Dez

Dec. Lei nº 100/97, 13 de Set

Dec. Lei nº 99/03, 27 Ago

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

O questionário que se segue, tem por objectivo a elaboração de uma dissertação no âmbito do **Mestrado** em Sociologia especialização em Sociologia da Saúde, leccionado na Universidade do Minho em Braga.

Este questionário é anónimo e confidencial, sendo os dados unicamente usados para os fins atrás enunciados.

O seu contributo é indispensável para o sucesso deste trabalho, por isso, agradecemos desde já a sua colaboração.

Agradecemos desde já a sua colaboração

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO¹

Data de nascimento ____/____/19__

SEXO

Mulher1

Homem2

ESTADO CIVIL

Solteiro.....1

Casado.....2

União de facto.....3

Separado.....4

Divorciado.....5

Viúvo.....6

NÍVEL DE ENSINO

Escola Primária 1

2º.ciclo ensino básico (antigo 6º.ano) 2

3º.ciclo ensino básico (antigo 9º.ano)..... 3

10/11º ano ou equivalente..... 4

12º ano 5

Frequência de curso superior 6

Curso superior completo 7

Outro. Qual ? _____

ANO DE INGRESSO NA PSP _____**LOCAL DE TRABALHO/(Subunidade/Serviço)**
_____**CATEGORIA PROFISSIONAL**

Agente/Agente Principal 1

Subchefe/Chefe 2

Oficial 3

TIPO DE SERVIÇO QUE DESEMPENHA

Comando/chefia de serviço.... 1

Actividades de carácter administrativo..... 2

Patrulha..... 3

Investigação Criminal.....4

Programas especiais(Escola segura).....5

Trânsito.....6

Outro. Qual ? _____

REGIME DE TRABALHOTrabalho por turnos incluindo 01H00/07H00.....1

Há quanto tempo? _____

Trabalho por turnos excepto 01H00/07H00.....2

Há quanto tempo? _____

Horário fixo diurno3

Há quanto tempo? _____

Outro. Qual ? _____

Se já trabalhou por turnos incluindo 01H00/07H00diga durante quanto tempo teve esse regime detrabalho

Pretendemos agora avaliar em que medida se sente capaz para o trabalho.

Com este questionário poderá dizer como reage aos factores relacionados com a sua capacidade para o trabalho.

Preencha o questionário com cuidado e **responda a todas as perguntas**. As respostas são dadas colocando um círculo à volta do número da alternativa que melhor corresponde à sua opinião ou através duma resposta escrita num espaço para isso reservado.

¹ Questionário Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Sindicato dos enfermeiros do Norte (autorizada a sua utilização)

1. *A capacidade para o trabalho actual em comparação com a melhor até agora.*
- Razoável.....3
Bastante má.....2
Muito má.....1

Supondo que a sua melhor capacidade para o trabalho corresponde a uma pontuação de 10 pontos, qual seria a pontuação que atribuiria à sua capacidade actual?

(o **zero** significa a sua total incapacidade para o trabalho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
completamente capacidade no
seu incapacitado melhor

2. *A sua capacidade em relação às exigências.*

Como avalia a sua capacidade para o trabalho se considerar as exigências **físicas** do mesmo?

Muito boa.....5
Bastante boa.....4
Razoável.....3
Bastante má.....2
Muito má.....1

Como avalia a sua capacidade para o trabalho se considerar as exigências **intelectuais** do mesmo?

Muito boa.....5
Bastante boa.....4

Opinião Diagnosticada
própria por médico

Doenças nas articulações ou órgãos de Movimentação

05 desgaste ou dor repetida na parte superior das costas ou pescoço 2 1
06 desgaste ou dor repetida na parte inferior da coluna 2 1

3. *Doenças actuais*

Marque na seguinte lista o tipo de doenças ou lesões que tem **neste momento, repetidamente** ou **frequentemente**.

Indique também se as doenças são diagnosticadas ou tratadas por um médico. Assim cada doença poderá ser marcada duas, uma, ou nenhuma vez.

Lesões acidentais

	Opinião própria	Diagnosticada por médico
01 nas costas	2	1
02 nos membros superiores (mãos)	2	1
03 nos membros inferiores (pés)	2	1
04 outra parte, onde e que tipo? _____	2	1

	Opinião própria	Diagnosticada por médico
18 constipação crónica	2	1
19 asma	2	1
20 dilatação dos pulmões	2	1
21 tuberculose pulmonar	2	1
22 outra doença nas vias respiratórias qual? _____	2	1

07 sintomas de ciática	2	1	Perturbação mental		
08 desgaste ou dor repetida nos membros (mãos e pés)	2	1	23 doença mental ou um sério problema mental (ex. depressão profunda, perturbações no estado de ânimo)	2	1
09 reumatismo nas articulações	2	1			
10 outras doenças nas articulações ou Órgãos de movimentação, qual? _____	2	1	24 perturbação mental ligeira (ex. depressão ligeira, nervosismo, angústia, perturbação do sono)	2	1
Doenças no aparelho circulatório			Doenças do sistema nervoso ou órgãos dos sentidos		
11 tensão arterial	2	1	25 doença ou lesão auditiva	2	1
12 doenças na artéria coronária (fadiga) dor no peito (angina pectoris)	2	1	26 doença ou lesão nos olhos (sem ser astigmatismo)	2	1
13 trombose coronária, enfarte no coração	2	1	27 doença do sistema nervoso (ex. paralisia, dor nervosa, enxaqueca, epilepsia)	2	1
14 funcionamento deficiente do coração	2	1	28 outra doença no sistema nervoso ou nos sentidos qual? _____	2	1
15 outra doença circulatória qual? _____	2	1			
Doenças nas vias respiratórias			Doenças no aparelho digestivo		
16 infecções repetidas nas vias respiratórias (incluindo infecções nas amígdalas, sinusite e bronquite aguda)	2	1	29 pedra na vesícula ou doença na vesícula	2	1
17 bronquite crónica	2	1	30 doença no fígado ou no pâncreas	2	1
	Diagnosticada por médico	Opinião Própria		Opinião própria	Diagnosticada por médico
31 úlcera no estômago ou no duodeno	2	1	Doenças endocrinológicas ou metabólicas		
32 mal estar ou irritação no estômago ou duodeno	2	1	44 obesidade	2	1
33 dor ou irritação no intestino grosso	2	1	45 diabetes	2	1
34 outra doença do aparelho	2	1	46 bócio ou outra doença de tiróide	2	1
			47 outra doença hormonal ou de metabolismo.	2	1

digestivo	qual?	Qual? _____
<hr/>		
<hr/>		
Doenças nas vias urinárias ou nos órgãos genitais		
2	1	48 anemia 2 1
35 infecção urinária 2	1	49 outra doença no sangue 2 1
36 doença nos rins 2	1	qual? _____
37 doenças genitais (ex. infecção 2	1	<hr/>
nos ovários nas mulheres. Infecção		Doenças de sangue
na próstata nos homens)		50 deficiências congénitas 2 1
38 outra doença urinária ou genital. 2	1	<hr/>
qual? _____		Deficiências congénitas
<hr/>		
1.1 Doenças dermatológicas		Outro problema ou doença
39 alergias na pele 2	1	51 outro problema ou doença 2 1
40 outra dermatose, 2	1	qual? _____
qual? _____		<hr/>
41 outra doença de pele 2	1	6. Prognóstico de capacidade no trabalho para daqui a dois anos.
qual? _____		
<hr/>		
Tumor		Pensa que, tendo em conta a sua saúde, poderá trabalhar no seu actual emprego daqui a dois dias anos?
42 tumor benigno 2	1	Duvido.....1
43 tumor maligno (cancro) 2	1	Não tenho a certeza.....4
onde? _____		Quase de certeza.....7
<hr/>		
4. Estimativas do incómodo causado no trabalho pelas doenças		
7. A robustez psíquica		
As suas doenças ou lesões interferem negativamente no seu trabalho actual?	Nos últimos tempos tem conseguido gozar o seu dia-a-dia?	
Marque com um círculo a(s) alternativas correcta(s).	Sempre.....4	
	Frequentemente.....3	
	De vez em quando.....2	
Não interferem não tenho nenhuma doença 6	Raramente.....1	
Consigo fazer o meu trabalho, mas ele	Nunca.....0	

desencadeia sintomas.....	5	Nos últimos tempos tem se sentido activo e animado?	
Às vezes vejo-me obrigado abrandar o ritmo			
de trabalho ou alterar o modo de trabalhar.....	4	Sempre.....	4
Frequentemente vejo-me obrigado abrandar o		Frequentemente.....	3
ritmo de trabalho de trabalho ou alterar o modo		De vez em quando.....	2
trabalhar.....	3	Raramente.....	1
Devido à minha doença acho que deveria trabalhar		Nunca.....	0
Só em tempo parcial	2		
Acho-me incapacitado para		Nos últimos tempos tem-se sentido optimista em relação	
trabalhar.....	1	ao futuro?	
		Constantemente.....	4
		Frequentemente.....	3
		De vez em quando.....	2
		Raramente.....	1
		Nunca.....	0
5. Faltas no trabalho devido a doença			
Quantos dias inteiros faltou no seu trabalho devido ao			
seu estado de saúde (doença, cuidados de saúde ou			
exames) durante o último ano (=12 meses)?			
Nenhum dia.....	5		
No máximo 9 dias	4		
10-24 dias.....	3		
25-99 dias.....	2		
100-365 dias.....	1		

DUKE – PERFIL DE SAÚDE³

A seguir encontra uma série de perguntas sobre a sua saúde e para nos dizer como se sente. Por favor, leia cada uma das perguntas com cuidado e assinale um (X) a resposta mais adequada no seu caso. Deverá responder às perguntas à sua maneira. Não há respostas certas nem erradas. (Por favor, ignore os números pequenos ao lado das linhas onde vai responder).

	Sim, sou exactamente assim	De certa maneira sou assim	Não, não sou nada assim
1. Eu gosto de ser quem sou	12	11	10
2. Não é fácil conviver comigo	30	21	22
3. Basicamente, sou uma pessoa saudável...	32	31	30
4. Desisto facilmente	40	41	42
5. Tenho dificuldade de concentração.....	50	51	52
6. Estou feliz com as minhas relações familiares	62	61	60
7. Sinto-me à vontade no meio de outras pessoas ...	72	71	70

³ DUKE – PERFIL DE SAÚDE, Duke University Medical Center, Durkam, N.C., USA. Parkerson et al., 1989 (Adaptação de Silva, Pinto & Pereira, 2001)

	Nenhum (a)	Algum(a)	Muito grande
HOJE teria algum problema físico ou dificuldade:			
8. Subindo escadas a correr.....	82	81	80

9. Correndo uma distância igual à de um campo de futebol..	92	91	90
--	----	----	----

NA ÚLTIMA SEMANA:

10. Senti dificuldade em dormir.....	102	101	100
--------------------------------------	-----	-----	-----

11. Senti dores em alguma parte do corpo	112	111	110
--	-----	-----	-----

12. Senti-me facilmente cansado(a).....	122	121	120
---	-----	-----	-----

13. Senti-me deprimido(a)	132	131	130
---------------------------------	-----	-----	-----

14. Senti nervosismo	142	141	140
----------------------------	-----	-----	-----

NA ÚLTIMA SEMANA:

	<i>Nenhuma</i>	Algumas	Muitas
Quantas vezes:			

15. Conviveu com outras pessoas (falou ou visitou amigos ou familiares)	150	151	152
---	-----	-----	-----

16. Participou em actividades sociais, religiosas ou recreativas (encontros, igreja, cinema, Desporto ou festas)?.....	160	161	162
--	-----	-----	-----

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

Quantas vezes

	Nenhum	1 a 4 dias	5 a 7 dias
--	---------------	-------------------	-------------------

17. Ficou em casa, numa casa de saúde ou hospital por doença, acidente ou outro problema de saúde.....	172	171	170
--	-----	-----	-----

ANEXO 2

EFFECTIVO DO COMANDO DA PSP DE BRAGA POR SERVIÇO

Departamentos	Nº de Effectivos	Totais
Comando	Comandante 2º Comandante	2
NDD – Núcleo de deontologia e Disciplina	1 Comissário 1 Chefe 1 Agente	3
NEPRPUB – Núcleo de Estudos, Planeamento e Relações Públicas	1 Subcomissário 1 Chefe 1 Agente	3
NINFOR – Núcleo de Informática	1 Chefe 1 Agente	2
AOPSEG – Área de Operações e Segurança		
NOI – Núcleo de Operações e Informações	1 Chefe 2 Agentes	23
NAEXP – Núcleo de armas e Explosivos	1 Chefe 3 Agentes 1 Assistente Administrat..	
NCOM – Núcleo de Comunicações	1 Chefe 14 Agentes	
ADFIN – Área de Administração e Finanças	1 Comissário	
SSPESS – Subsecção de Pessoal	1 Chefe 5 Agentes	18
SSFIN – Subsecção de Finanças	2 Agentes 2 Assistentes Administrat..	
SSVA – Subsecção de Vencimentos e Abonos	2 Agentes 1 Assistente Administrat.	
SSSAD – Subsecção de Saúde	1 Agente 1 Assistente Administart	
SSINST – Subsecção de Instrução	1 Chefe	
ALOGAGER – Área de Logística e Apoio Geral		
SEIE – Secção de Equipamento e Infra-estruturas	4 Agentes	20
STRANSP – Secção de Transportes	3 Agentes	
SAGER – Secção de Apoio Geral	2 Chefes 11 Agentes	
BIR – Brigadas de Intervenção Rápida	2 Chefes 12 Agentes	14
EIEXSS – Equipas de Inactivação de engenhos Explosivos e Segurança em Subsolo	2 Chefes 5 Agentes	7
SUBUNIDADES		
1ª Esquadra	1 Subcomissário 8 Chefes 90 Agentes	99
2ª Esquadra	6 Chefes	28

	24 Agentes	
Esquadra Específica de Trânsito	1 Subcomissário 3 Chefes 22 Agentes	26
Esquadra de Investigação Criminal	1 Subcomissário 3 Chefes 30 Agentes	51
SFMI – Secção de Fiscalização Mandados e Inform.	1 Chefe 11 Agentes	
EIJ – Equipas de Inspeção Judiciária	1 Chefe 4 Agentes	
EXTERNAS		
Secção de Guimarães	1 Comissário 3 Subcomissários 10 Chefes 119 Agentes	136
Esquadra de Famalicão	1 Subcomissário 8 Chefes 65 Agentes	74
Esquadra de Barcelos	1 Subcomissário 6 Chefes 60 Agentes	67
TOTAL		570

ANEXO 3

(Organograma)

COMANDO DE POLÍCIA DE BRAGA

